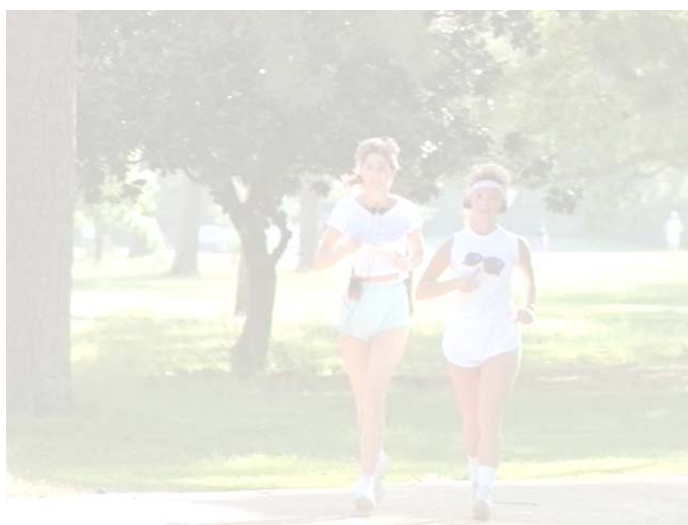


UNIVERSIDAD DE GRANADA

***Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del
Deporte***



***HÁBITOS DE ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD EN ESTUDIANTES DE LA
ENSEÑANZA TÉCNICA DEL CEFET DE PARAÍBA, BRASIL***



Tesis Doctoral

Maria Josély de Figueirêdo Gomes

2005

UNIVERSIDAD DE GRANADA

***Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del
Deporte***

***Departamento de Educación Física y Deportiva
Departamento de Enfermería***



***HÁBITOS DE ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD EN ESTUDIANTES DE LA
ENSEÑANZA TÉCNICA DEL CEFET DE PARAÍBA, BRASIL***

*Tesis Doctoral presentada por:
Maria Josély de Figueirêdo Gomes*

Dirigida por:

***Dr. Pablo Tercedor Sánchez
Universidad Granada***

***Dra. Socorro Rebollo Rico
Universidad Granada***

***Dr. Manuel Delgado Fernández
Universidad Granada***

2005

Informe de los directores:

La Tesis Doctoral presentada por Dña. Maria Josély de Figueirêdo Gomes, ha sido realizada bajo nuestra dirección y reúne las condiciones para optar al grado de Doctora.

Para que surta los efectos oportunos, firmamos el presente en Granada a 4 de mayo de 2005.

Dr. D. Pablo Tercedor Sánchez

Dra. Dña. Socorro Rebollo Rico

Dr. D. Manuel Delgado Fernández

DEDICATORIA

Sencillamente a mis padres, mis hermanos, sobrinos y
Magaly Cristina.

AGRADECIMIENTO

A mis Directores de Tesis, Dr. Pablo Tercedor Sánchez, Dra. Socorro Rebollo Rico y Dr. Manuel Delgado Fernández, por su apoyo, atención, paciencia y por su dedicación.

A mis colaboradores directos en todo el proceso de construcción del trabajo de campo, Lygia Gondim, Ney Robson, Eudna Barbosa y Alberdan Santiago.

A mi querido amigo Givaldo Santana por su apoyo con el español y su amistad en todo este proceso.

A la profesora Marinalva Freire por su ayuda con el español.

A mi querido amigo Antonay Martins por su apoyo y por su amistad tan especial.

A mi amiga Dilma por su atención y colaboración en los momentos de toma de decisión.

A mis amigos João Gil de Luna (estadístico y amigo) y Marlene por su apoyo.

Al profesor del Departamento de Psicología de la UFPB, Joseli Bastos da Costa por enseñarme lo que es ser un profesor, por su paciencia y dedicación al colaborar con la estadística.

Al profesor Manuel Jayme por su orientación con la estadística.

A la inolvidable Maite (secretaria del doctorado) por su asistencia y cariño.

A todos mis amigos brasileños que viven o vivieron en Granada: Ane, Nany, Clébert, Bety, Evilin, Gandarela, etc.

A mis amigos españoles tan especiales: Javier, Michel (Cubano), Paco y Julio.

Al profesor Dargtang Guedes, por su apoyo siempre que fue solicitado.

Al CEFET de Paraíba, por todo lo que ha hecho por mí y por el apoyo a mi trabajo de investigación.

A mis alumnos que siempre fueron mi fuente de inspiración.

A mis amigos del Doctorado, en especial a Javier Núñez, que siempre me ayudó en los momentos más difíciles.

A toda mi familia, que siempre estuvo presente en mi vida, apoyándome en todas las decisiones.

A mis amigos brasileños de toda la vida que siempre están cerca de mi alma y mi corazón, aunque lejos físicamente.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	IV
Agradecimientos.....	V
Resumen.....	XI
Resumo.....	XII
Abstract.....	XIII
Lista de Sigla.....	XIV
Prefacio del estudio.....	XV

CAPÍTULO I -MARCO TEÓRICO

1 - LA EDUCACIÓN FÍSICA EN LA ENSEÑANZA PROFESIONAL DE BRASIL Y DEL CEFET-PB.....	01
1.1 - Análisis histórico de la Enseñanza Profesional en Brasil.....	02
1.1.1 - Desde la escuela de aprendices y artífices hasta el Centro Federal de Educación Tecnológica de Paraíba.....	09
1.2 - El nuevo modelo de la Enseñanza Técnica en Brasil y en el CEFET-PB.....	11
1.2.1.- La organización actual de la educación profesional de nivel técnico en Brasil.....	14
1.2.1.1 - La organización de la Enseñanza Técnica en el CEFET de Paraíba.....	15
1.3 - Análisis histórico de la Educación Física en el CEFET de Paraíba Brasil.....	20
1.3.1 - La aparición de la EF en la Escuela Industrial de João Pessoa.....	21
1.3.2 - La década de los 60: consolidación de la Educación Física en la escuela industrial de João Pessoa.....	24
1.3.3 - Influencia del deporte en la Educación Física en la década de los 70 en la ETEFPB.....	26
1.3.4 - La crisis en la Educación Física brasileña: conformismo en la Educación Física de la ETEFPB en la década de los 80.....	28
1.3.5 - La Educación Física de la ETEFPB en la década de los 90: perspectivas de cambios.....	31
1.3.6 - Perspectivas de la Educación Física en el CEFET-PB en el siglo XXI.....	32
1.4 - La Educación Física en la Especificidad de la Enseñanza Técnica de Brasil.....	37

2 - LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CONTEXTO ESCOLAR	44
2.1 - La Promoción de la Salud.....	44
2.2 - La promoción de la salud en la escuela en el caso de Brasil.....	49
2.3 - La Educación para la salud en la escuela.....	53
2.4 - Relación entre Educación Física y EPS.....	57
2.5 - La Educación Física escolar en el sistema educativo de Brasil.....	61
2.5.1 - La política educativa brasileña relacionada con la EF.....	61
2.5.2 - La EPS en el currículo de la Enseñanza Fundamental.....	65
2.5.3 -La Actividad Física orientada hacia la salud en la Enseñanza Media de Brasil.....	67
2.6 - La Educación Física en la perspectiva de la EPS en la Enseñanza Técnica: una nueva propuesta	76
2.7 - La cuestión de las competencias relacionadas con la Actividad Física en la perspectiva de la EPS en la Enseñanza Técnica del CEFET-PB.....	80
3 - ESTILO DE VIDA Y SALUD.....	93
3.1 -Importancia del estilo de vida sobre la salud en la sociedad actual.....	94
3.1.1 - El estilo de vida y las enfermedades degenerativas.....	101
3.1.2 - La relación de la Actividad Física con la salud.....	107
3.2. -Efectos de la práctica de Actividad Física sobre la salud en la vida moderna.....	115
3.2.1 - Los beneficios de carácter biológicos.....	116
3.2.2 - Los beneficios de carácter psico-social.....	120
3.3.-Conductas habituales que influyen sobre la salud	124
3.3.1 - Sedentarismo.....	128
3.3.2 - Tabaco.....	132
3.3.3 - Alcohol.....	136
3.3.4 - Alimentación.....	141
3.4 - Estilo de vida y su relación con el mundo laboral.....	146
3.4.1 - La Actividad Física en el ambiente laboral.....	153

CAPÍTULO II - PLANTEAMIENTO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

1.- Introducción.....	164
2 - Planteamiento del problema.....	164
3 - Objetivos científicos.....	171
4 - Las perspectivas cuantitativa y cualitativas de la investigación.....	172
5 - Diseño.....	174
6 - Variables.....	175
6.1 - Variable sociodemográfica.....	175
6.2 - Variable relacionada con las características, intereses y motivaciones hacia la práctica de Actividad Física en el tiempo libre, de los alumnos del CEFET-PB.....	176
6.3.- Variable relacionada con las actividades de ocio practicadas en el tiempo libre ..	176
6.4 - Variable relacionada a la Educación Física/Deporte durante la Enseñaza Media.	176
6.5 - Variable relacionada con el conocimiento teórico sobre los principios básicos de la aptitud física orientada hacia la Salud y su aplicación práctica.....	177
6.6 - Variable relacionada con los hábitos de vida sanos de los alumnos del CEFET-PB	177
6.7 - Variable relacionada con la autopercepción del estilo de vida sano de los alumnos del CEFET-PB.....	178
6.8 - Variable relacionada con las propuestas de cambios para mejorar la salud.....	178
6.9 - Variable de la relación de la práctica de AF con los riesgos y autopercepción de los estilos de vida.....	178
7 - Universo y muestra.....	182
8 - Diseño temporizado.....	184
8.1 - Planificación y diseño de la investigación.....	185
8.2 - La elaboración del cuestionario.....	185
8.3 - Curso de formación de colaboradores.....	188
8.4 - Pilotaje del cuestionario.....	189
9 - Estudio Final.....	194
9.1 - Informe y visto bueno de los gestores del CEFET-PB.....	194
9.2 - Selección de los alumnos que contestaron el cuestionario.	195
9.3 - Selección del grupo de discusión.....	195

9.4 - Aplicación de los cuestionarios.....	196
9.5 - Planificación del grupo de discusión.....	197
9.6 - Desarrollo del grupo de discusión	200
10 - Técnica de análisis de los datos.....	201
10.1 - Cuestionario.....	201
10.1.1 - Registro de los datos	201
10.1.2 - Análisis de los datos y obtención de resultado.....	202
10.1.3 - Técnicas estadísticas utilizadas.....	202
10.2 - Análisis del grupo de discusión.....	204

CAPÍTULO III - ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1 - Variables sociodemográficas	211
3.2 - Variable relacionada con las características de la práctica de actividad física en el tiempo libre, los intereses y motivaciones de los alumnos del CEFET-PB.....	214
3.2.1- Característica de la práctica actividad física en el tiempo libre.....	214
3.2.2 - Tipos de actividades físicas practicadas	218
3.2.2.1 - Declaraciones de los alumnos respecto al tipo de AF practicada.....	219
3.2.3 - Cuántas horas día y veces por semana practica actividad física y se controla la intensidad que practica	220
3.2.4 - Cómo son realizadas las practica AF	222
3.2.4.1 - Declaraciones de los alumnos respecto a como son realizadas las prácticas de AF	225
3.2.5 - Con quién practica AF	226
3.2.5.1 - Declaraciones de los alumnos respecto a con quién son realizadas las prácticas de AF	227
3.2.6 - Motivos por los que practican AF	229
3.2.6.1 - Declaración de los alumnos respecto a motivos por los que practican, del abandono de la práctica o el porqué nunca hicieron AF	230
3.2.7 - Motivos del abandono de la práctica de AF	231
3.2.7.1 - Declaración de los alumnos respecto a los motivos por los que abandonaron la práctica de AF.....	232
3.2.8 - Motivos por los que nunca hicieron AF	233

3.2.8.1 - Declaración de los alumnos respecto a los motivos por los nunca hicieron AF	234
3.2.9 - Perspectivas futuras hacia la práctica de Actividad Física.....	234
3.3 - Actividades de ocio practicadas en el tiempo libre	236
3.3.1 - Declaración de los alumnos respecto a las actividades del tiempo libre.....	237
3.4 - Educación Física / deporte que han tenido en la enseñanza media.....	239
3.4.1 - Declaración de los alumnos respecto a práctica de EF en la enseñanza media ..	244
3.5 - Conocimiento teórico sobre los principios básicos de la aptitud física hacia la salud y su aplicación práctica.....	247
3.6 - Hábitos de vida sanos de los alumnos del CEFET-PB.....	251
3.6.1 - El consumo de tabaco.....	251
3.6.1.1 - Declaración de los alumnos respecto al consumo de cigarrillo.....	254
3.6.2 - El consumo de alcohol.....	255
3.6.2.1 - Declaración de los alumnos respecto al consumo de alcohol.....	263
3.7 - Autopercepción del estilo de vida sano de los alumnos del CEFET-PB.....	265
3.7.1 - Declaración de los alumnos respecto a autopercepción del sueño diario y alimentación	268
3.8.- Propuesta de cambios para mejorar la salud	270
3.8.1 - Declaración de los alumnos respecto a la propuesta de cambio para mejorar la salud	272
3.9 - Relación de la práctica de AF con los riesgos y con la autopercepción de los estilos de vida.....	279

CAPÍTULO IV - DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 - Variables sociodemográficas.....	284
4.2 - Variable relacionada con las características de la práctica de AF en el tiempo libre, los intereses y motivaciones de los alumnos del CEFET-PB.....	286
4.2.1- Característica de la práctica AF en el tiempo libre	286
4.2.2 - Tipos de Actividades Físicas practicadas	295
4.2.3 - Cuántas horas día y veces por semana practica Actividad Física y se controla la intensidad que practica	297
4.2.4 - Cómo son realizadas las practica AF	301

4.2.5 - Con quién practica AF.....	303
4.2.6 - Motivos por los que practican AF	305
4.2.7 - Motivos del abandono de la práctica o el porqué nunca hicieron AF.....	307
4.2.8 - Perspectivas futuras hacia la práctica de Actividad Física.....	309
4.3 - Actividades de ocio practicadas en el tiempo libre	310
4.4 - Educación Física / deporte que han tenido en la enseñanza media.....	313
4.5 - Conocimiento teórico sobre los principios básicos de la aptitud física hacia la salud y su aplicación práctica.....	317
4.6 - Hábitos de vida sanos de los alumnos del CEFET-PB.....	320
4.6.1 - El consumo de tabaco.....	320
4.6.2 - El consumo de alcohol.....	327
4.7 - Autopercepción del estilo de vida sano de los alumnos del CEFET-PB.....	333
4.8.- Propuesta de cambios para mejorar la salud	337
4.9 - Relación de la práctica de AF con los riesgos y con la autopercepción de los estilos de vida.....	341

CAPÍTULO V.- LIMITACIONES, CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

1 - Limitaciones	351
2 - Conclusiones.....	352
3 - Perspectivas futuras de investigación.....	357

BIBLIOGRAFÍA.....	359
--------------------------	------------

ANEXOS	400
ANEXO 1 - Lista de Tablas.....	401
ANEXO 2 - Lista de Figuras y Gráficos.....	404
ANEXO 3 - Plan de Curso de la asignatura EF en 2003	406
ANEXO 4 - Cuestionario Piloto (Español y Portugués).....	409
ANEXO 5 - Carta al Director General del CEFET-PB y Directores de la Sede de João Pessoa y Cajazeiras	425

ANEXO 6 - Carta al Director de Enseñanza, Gerente de la Enseñanza Técnica y Coordinadores de los cursos técnicos.....	426
ANEXO 7 - Cuestionario Final (Español y Portugués)	427

RESUMEN

El objetivo de este estudio es conocer las prácticas de Actividades Físicas y su relación con los estilos de vida saludables, las características de la Educación Física (EF) practicadas en la enseñanza media y las propuestas de cambio relacionadas con la salud de los estudiantes de la Enseñanza Técnica del CEFET, Paraíba, Brasil. La investigación se realiza sobre una muestra de 442 sujetos, con edad media de 23 años, representativa de los 1442 alumnos pertenecientes a dos centros: João Pessoa y UNED de Cajazeiras de todos los cursos técnicos. El diseño utilizado es de tipo no experimental seccional y descriptivo. Se ha aplicado la encuesta como técnica de recogida de los datos, empleándose para ello un cuestionario autoadministrado validado y fiable para el objetivo propuesto. Además, se ha realizado un grupo de discusión. Se ha aplicado estadística descriptiva, inferencial, análisis de correspondencia y regresión lineal múltiple. Los resultados más relevantes del estudio muestran que los alumnos sedentarios son mayoría (54,3%), existiendo un mayor nivel de práctica de AF entre los hombres (58,92%), en los más jóvenes, con mayor renta familiar y del curso diurno. Los alumnos ocupan su tiempo libre con actividades más pasivas que activas. La perspectiva futura hacia la realización de práctica de AF es positiva (88,9%), presentando los alumnos sedentarios la perspectiva más negativa (85,71%). Además, en su gran mayoría, han realizado EF (60,6%) en la enseñanza media, habiendo recibido de 1 a 2 sesiones por semana (51,92%), con una opinión favorable de la misma – les ha gustado – (50,89%), pero no creen en su influencia en el estilo de vida (66,65%). Los estudiantes sedentarios en la actualidad presentan índices mayores de dispensa de EF (33,3%) que los activos (13,86%). En otro sentido, muestran un bajo promedio de aciertos en las preguntas teóricas sobre aptitud física orientada hacia la salud (5,0 sobre 10). Los alumnos que tuvieron mayor índice de aciertos fueron aquellos con la enseñanza profesional concluida (43,75%), activos (24,26%) y mayor renta familiar. En cuanto a conductas de riesgo para la salud, el índice de alumnos que han probado el tabaco es bajo (7,5%) comparado con los que han probado el alcohol (66,5%). El consumo de tabaco tiene relación con la edad (,000), estado civil (,000), estudios concluidos (,01), situación laboral (,016) y consumo de alcohol (,000). El consumo de alcohol tiene relación con el género (,000), estado civil (,01), nivel de AF (,05) y autopercepción de la condición física (,04). La autopercepción de los estudiantes es positiva en relación con el sueño diario (60%), la alimentación (60%), la salud (83%) y la condición física (55%). Los alumnos más activos presentan una percepción positiva mayor de la salud y de la condición física. Los alumnos fumadores y que beben presentan una peor imagen de su propia salud. En

cuanto a las competencias importantes para la formación educacional del trabajador fueron escogidas en primer lugar informática (37,1%), en segundo lengua extranjera (35,1%) y en tercero salud (22,4%), siendo considerada la salud como la más importante en el grupo de discusión. En relación con las propuestas de cambio en la perspectiva educacional, sugieren programas prácticos de AF orientada hacia la salud en primero (28,3%), segundo (20,8%) y tercer lugar (22,8%). En el grupo de discusión conferencias, seminarios, charlas-coloquios y encuentros en la escuela fueron citados más veces en primer lugar. La gran mayoría de los alumnos apuntan hacia una necesidad de cambio en el ocio de la ciudad (78,8%). En el análisis de relaciones entre variables, podremos suponer que el grado de AF en el tiempo libre es un predictor de un estilo de vida de riesgo y la evaluación afectiva de la EF y frecuencia de AF semanal son predictoras de la autopercepción positiva del estilo de vida. Por tanto, se puede concluir diciendo que aparentemente los estudiantes del CEFET-PB, Brasil, que tienen más frecuencia de práctica semanal de AF y una mejor opinión de la EF en la EM, puede tener una mejor autopercepción de su estilo de vida; pero practicar más actividades activas y moderadas en su tiempo libre, puede no predecir positivamente un estilo de vida saludable. Existe un porcentaje importante de sedentarismo, mayor en las mujeres, y el consumo abusivo de alcohol es mayor en los hombres. El consumo de tabaco tuvo un índice muy bajo. En general, los alumnos más activos hicieron EF en la EM, tienen una autopercepción de la condición física más positiva y presentan mayor índice de aciertos en las preguntas teóricas.

RESUMO

O objetivo deste estudo é conhecer as práticas de Atividades Físicas e sua relação com os estilos de vida saudáveis, as características da Educação Física praticadas no ensino médio e as propostas de mudanças relacionadas com a saúde dos estudantes do Ensino Técnico do CEFET, Paraíba, Brasil. A investigação realiza-se sob uma mostra de 442, com idade média de 23 anos, representativa dos 1442 alunos pertencentes a dois centros: João Pessoa e a UNED de Cajazeirasm de todos os cursos técnicos. A metodologia utilizada é do tipo não experimental seccional e descritiva. Aplicou-se um questionário auto-administrado válido e fiável para o objetivo proposto. Também se realizou um grupo de discussão. Foram aplicadas a estatística descritiva, inferencial, análise de correspondência e regressão linear múltipla. Os resultados más relevantes do estudo mostram que os alunos sedentários são maioria (54,3%), existindo um maior nível de prática de AF entre os homens (58,92%), nos mais jovens, com maior renda familiar e do curso diurno. Os alunos ocupam seu tempo livre com atividades mais passivas que ativas. A perspectiva futura com relação à prática de AF é positiva (88,9%), apresentando os alunos sedentários a perspectiva mais negativa (85,71%). Também, em sua grande maoria, fizeram EF (60,6%) no ensino médio, e tiveram de 1 a 2 aulas por semana (51,92%), com uma opinião favoravel da mesma – gostaram desta prática – (50,89%), mas não acreditam na sua influência no estilo de vida (66,65%). Os estudantes sedentários na atualidade apresentam índices maiores de dispensa de EF (33,3%) que os ativos (13,86%). Em outro sentido, mostram uma média baixa de acertos nas perguntas teóricas sobre aptidão física para a saúde (5,0 sobre 10). Os alunos que tiveram maior índice de acertos foram aqueles com o ensino profissional concluído (43,75%), ativos (24,26%) e com maior renda familiar. Quanto a conduta de risco para a saúde, o índice de estudantes que experimentaram cigarro é baixo (7,5%), comparado com os que experimentaram álcool (66,5%). O consumo de cigarro tem relação com a idade (,000), o estado civil (,000), o estudo concluído (,01), a situação de trabalho (,016) e o consumo de álcool (,000). O consumo de álcool tem relação com o gênero (,000), o estado civil (,01), o nível de AF (,05) e a auto-percepção da condição física (,04). A auto-percepção dos alunos é positiva com relação ao sono diário (60%), alimentação (60%), saúde (83%) e condição física (55%). Os alunos mais ativos apresentam uma percepção positiva mais expressiva da saúde e da condição física. Os alunos fumantes e que bebem apresentam uma pior imagem da sua própria saúde. Quanto às competências importantes para a formação educacional do trabalhador, foram escolhidas em primero lugar a informática (37,1%), em segundo, língua estrangeira (35,1%) e, em terceiro, saúde (22,4%), sendo esta

considerada a mais importante no grupo de discussão. Com relação às propostas de mudanças na perspectiva educacional, apresentam-se programas práticos de AF orientada a saúde em primeiro (28,3%), o segundo com (20,8%) e o terceiro com (22,8%). No grupo de discussão conferências, seminários, mesas-redonda, encontros na escola foram citados mais vezes em 1º lugar. A grande maioria dos alunos aponta para a necessidade de mudança no lazer da sua cidade (78,8%). Na análise da relação entre variables, podemos supor que o grau de AF no tempo livre é um predictor de un estilo de vida de risco e a avaliação afetiva da EF y frequência de AF semanal son predictoras da autopercepção positiva do estilo de vida. Portanto, se pode concluir dizendo que aparentemente os estudantes do CEFET-PB, Brasil, que têm mais frequência de practica semanal de AF e uma melhor opinião da EF no ensino medio, pode ter uma melhor autopercepção do seu estilo de vida; mas practicar más actividades activas e moderadas no tempo libre, pode não predicer positivamente un estilo de vida saudável. Existe uma porcentagem importante de sedentarismo, maior entre as mulheres e o consumo abusivo de álcool é maior entre os homens. O consumo de tabaco teve um índice muito baixo. Em geral, os alunos mais ativos fizeram EF no EM, têm uma auto-percepção da condição física mais positiva e apresenta um maior índice de acertos nas perguntas teóricas.

ABSTRACT

The aim of this study is to explore practices of physical activity and their relationships with healthy life styles, the characteristics of physical education practices in secondary or high school and the proposals for change focusing on students' health, in the case of the technical courses, in one particular school, CEFET, a state technical school that offers secondary or high school course, technical post-secondary courses, and tertiary courses, located in the state of Paraíba, Brazil. The research drew on a sample of 442 students, with average age 23, representing the 1442 students enrolled in the technical courses offered in two CEFET units: João Pessoa and UNED-Cajazeiras. The research design was non-experimental, sectional and descriptive, and used a self-administered questionnaire, validated for its specific objective, as well as a focus group. Data treatment employed descriptive and inferential statistics, correspondence analysis and multiple linear regression. The most relevant results show that sedentary students comprise the majority (54,3%), with higher levels of physical activity practice among males (58,92%), who are younger, have higher family income and frequent morning and afternoon classes (in contrast with evening classes). Students occupy their free time with more passive than active activities. Future perspectives towards physical activity practice are positive (88,9%), yet sedentary students present the most negative perspective (85,71%). The majority of students had physical education (60,6%) in secondary or high school, with 1 to 2 classes a week (51,92%), and have a favorable opinion of it they enjoyed it (50,89%), but they do not believe in its influence in their life style (66,65%). The sedentary students present higher numbers (33,3%) of withdrawal from physical education classes than the active ones (13,86%). They also show lower average of correct answers for theoretical questions about physical aptitude for health (5,0 over 10). The students who accomplished the highest numbers of right answers were those who had completed a professional course (before enrolling in the technical course) (43,75%), those who were active (24,26%) and those with higher family income. Regarding health risk behavior, the number of students who smoke is low (7,5%), when compared with those who have tried alcohol (66,5%). Cigarette consumption is related to age (,000), civil status (,000), school conclusion (,01), work situation (,016) and consumption of alcohol (,000). Alcohol consumption is related to gender (,000), civil status (,01), level of physical activity (,05) and self-perception of physical condition (,04). Students' self-perception is positive regarding daily sleep (60%), eating (60%), health (83%) and physical condition (55%). The most active students present a more expressive positive perception of health and physical condition. Students who smoke and

drink present a worse image of their own health. Among the competence that were considered important for the education of workers, computers were pointed out in the first place (37,1%), foreign languages in second (35,1%), and health in third (22,4%). However, in the focus group, health was considered the most important. The most cited proposal for change in the educational perspective (that is, students' opinions regarding proposals for Education for Health) was practical programs of physical activity targeting health (28,3% in first, 20,8% in second and 22,8% in third places). In the focus group, conferences, seminars, round-tables and school meetings were most cited in the first place. The great majority of students (78,8%) point at the need for change in leisure options in their cities. The analysis of the relationships among variables suggests that the level of physical activity in the free time is a predictor of a life style of risk, and that the affective evaluation of physical education and the frequency of weekly physical activity are predictors of a positive self-perception of the life style. Therefore, it is possible to conclude that apparently students' of CEFET-PB, Brazil, who have a more frequent physical activity weekly practice and a better opinion about physical education in high or secondary school are likely to have a better self-perception of their life style; however, practicing more active and moderate activities in their free time is not a positive predictor of a healthy life style. There is an important percentage of sedentariness, higher among women, whereas an abusive consumption of alcohol is higher among men. Cigarette consumption had a very low level. In general, the most active students had physical education in high or secondary school; they have a more positive self-perception of their physical condition and present a higher level of right answers regarding theoretical questions.

LISTA DE SIGLAS

AF- Actividad Física

CAPS- Coordinación de perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior

CEFET-PB- Centro Federal de Educación Tecnológica de Paraíba

CNPQ- Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico

COEF- Coordinación de Educación Física

DMO- Desorden Músculo-esquelético Ocupacionales

EF- Educación Física

EIFP- Escuela Industrial Federal de Paraíba

EIJP- Escuela Industrial de Joao Pessoa

EM- Enseñanza Media

EPS- Educación para la salud

ETF- Escuela Técnica Federal

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE

INEP- Instituto Nacional de Educación y Pesquisa (investigación)

LDB- Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional

LER- Lesión por Esfuerzo Repetido

LIJP- Liceo Industrial de Joao Pessoa

MEC- Ministerio de Educación y Cultura

MS- Ministerio de la Salud

OMS- Organización Mundial de la Salud

OPS- Organización Panamericana de salud

ONGS- Organizaciones no Gubernamentales

PCNs- Parámetros Curriculares Nacionales

PS- Promoción de la Salud

SENAI- Servicio Nacional de Aprendizaje Industrial

SESC- Servicio Nacional de Aprendizaje Comercial

SUS- Sistema Único de Salud

UNED- Unidad Descentralizada de Enseñanza

GD- Grupo de Discusión

ECV- Enfermedades cardiovasculares

PREFACIO DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio fue conocer las prácticas de actividades físicas y su relación con los estilos de vida sanos, las características de la práctica de la EF en la enseñanza media y las propuestas de cambio hacia la salud de los alumnos de CEFET-PB.

Esta investigación pretende ser una aportación al conocimiento científico en la relación de la práctica de Actividad Física (AF)- hábitos de vida. Relación que a pesar de haber sido estudiada en profundidad en escolares, como también en adultos jóvenes, adolece de estudios en los escolares de la enseñanza post media en la educación profesional en Brasil (adulto jóvenes). Las referencias encontradas se sitúan en su gran mayoría en otros países. A pesar de que algunos trabajos, como los de Guedes (2001), Pires (2001), Oliveira (2001), Araújo (2001), entre otros, realizan aproximaciones entre AF-hábitos de vida, no existe ningún estudio que analice esta relación de la práctica de actividad física con los hábitos de vida de escolares de la enseñanza profesional. En este sentido, el presente trabajo aporta una información valiosa para las instituciones encargadas de la promoción de la salud (PS) y / o de la AF y para todo el personal que de alguna forma actúa como agente promotor de la salud.

Para la estructuración del presente trabajo se han diferenciado cuatro apartados: fundamentación teórica, planteamiento y desarrollo de la investigación, análisis y discusión de resultados, y conclusión y perspectivas futuras de la investigación. Dentro de la fundamentación teórica se distingue a su vez cuatro grandes partes:

En la primera parte del primero capítulo (fundamentación teórica), se enfoca la cuestión de la Educación Física en la enseñanza profesional de Brasil y del CEFET-PB. Continuación:

- ▶ Análisis histórico de la Enseñanza Profesional en Brasil;
- ▶ El nuevo modelo de la Enseñanza Técnica en Brasil y en el CEFET-PB;
- ▶ Análisis histórico de la Educación Física en el CEFET de Paraíba Brasil;
- ▶ La Educación Física en la Especificidad de la Enseñanza Técnica de Brasil.

En la segunda parte de la fundamentación teórica, se aborda la cuestión de la promoción de la salud y la educación para la salud (EPS) en el contexto escolar. Continuación:

- ▶ La Promoción de la Salud;
- ▶ La promoción de la salud en la escuela en el caso de Brasil;
- ▶ La Educación para la salud en la escuela;
- ▶ Relación entre Educación Física y EPS;
- ▶ La Educación Física escolar en el sistema educativo de Brasil;
- ▶ La Actividad Física orientada hacia la salud en la Enseñanza Técnica: una nueva propuesta;
- ▶ La cuestión de las competencias relacionadas con la AF en la perspectiva de la EPS en la Enseñanza Técnica del CEFET-PB.

En la tercera parte de la fundamentación teórica, se enfoca la temática del estilo de vida y su relación con la salud. Continuación:

- ▶ Importancia del estilo de vida sobre la salud en la sociedad actual;
- ▶ Efectos de la práctica de actividad física sobre la salud en la vida moderna;
- ▶ Conductas habituales que influyen sobre la salud;
- ▶ Estilo de vida y su relación con el mundo laboral.

En el segundo capítulo, tras el planteamiento del problema, se desarrolla la metodología de la investigación. Continuación:

- ▶ Introducción;
- ▶ Planteamiento del problema;
- ▶ Objetivos científicos;
- ▶ Las perspectivas cuantitativa y cualitativas de la investigación;
- ▶ Diseño;
- ▶ Variables;
- ▶ Universo y muestra;
- ▶ Diseño temporizado;
- ▶ Estudio Final;
- ▶ Técnica de análisis de los datos

En el tercer capítulo se analizan los resultados del estudio, primero de forma descriptiva en cada una de las variables estudiadas; posteriormente se utilizan estadística inferencial y análisis de correspondencias y regresión lineal múltiple entre diferentes variables del estudio con el objeto de responder a los objetivos planteados en el trabajo. En la discusión de las variables relacionadas con los hábitos de vida sanos de los alumnos del CEFET-PB, con las actividades de ocio practicadas en el tiempo libre, con la EF / deporte durante la enseñanza media, con la propuesta de cambios para mejorar la salud y con la autopercepción del estilo de vida sano de los alumnos del CEFET-PB fue utilizada además la técnica del grupo de discusión. En el cuarto capítulo se discute los resultados.

En el quinto capítulo se realizan las limitaciones, conclusión, y perspectivas futuras de investigación. El trabajo finaliza con la bibliografía y los anexos correspondientes.

CAPÍTULO 1 - MARCO TEÓRICO

1 - LA EDUCACIÓN FÍSICA EN LA ENSEÑANZA PROFESIONAL DE BRASIL Y EN EL CEFET-PB



Todas las partes del cuerpo que tienen una función, cuando usadas con moderación y ejercitadas en el trabajo, resultan saludables, bien desarrolladas y envejecen más despacio. Pero cuando no son usadas y son dejadas ociosas, ellas resultan propensas a enfermedades, presentan un crecimiento defectuoso y envejecen con rapidez (Hipócrates citado por Chopra, 2001: 189).

En este capítulo, se presenta un breve repaso histórico de la Enseñanza Profesional en Brasil y en el CEFET-PB, y de la Educación Física en el CEFET-PB. Además, se expone el nuevo modelo de la Enseñanza Técnica en Brasil y en el CEFET-PB. Asimismo, se discute sobre la Educación Física en la especificidad de la Enseñanza Técnica de Brasil. Dicho de otro modo, este capítulo tiene la intención de reconstruir el camino de la Educación Profesional en Brasil y su relación con la Educación Física.

1.1 - ANÁLISIS HISTÓRICO DE LA ENSEÑANZA PROFESIONAL EN BRASIL

Para desarrollar los apartados que a continuación se tratan, sobre los referentes históricos de la Enseñanza Profesional en Brasil y en el CEFET-PB, nos basamos en la legislación y documentación que hacen parte del acervo del CEFET-PB y en los trabajos de los autores: Romanelli (1978), Lima (1985), Gentili (1995), Pereira (1995), Frigotto (1996; 1998; 1998b), Gariglio (1997), Giuliani y Pereira (1998), Kuenzer (1988, 1998), De Figueiredo (2000), Martins (2000), Carvajal (2002), entre otros.

En el comienzo de la formación profesional en Brasil se registran solamente decisiones circunstanciales destinadas a “amparar a los huérfanos y los demás desvalidos de la suerte”, asumiendo un carácter de educación para los pobres y que ha marcado toda la historia (Romanelli, 1978).

La primera iniciativa del gobierno en relación con la profesionalización data de 1809, cuando el príncipe regente, posteriormente D. João VI, creó el “Colegio de las Fábricas”, después de la suspensión de la prohibición del funcionamiento de las industrias manufactureras en tierras brasileñas.

Los Liceos de Artes y Oficios, durante la segunda mitad del siglo XIX, han sido creados para amparar a los niños huérfanos y abandonados, ofreciéndoles instrucciones teóricas y prácticas e iniciándolos en la enseñanza industrial.

En el siglo XX, la enseñanza profesional, como responsabilidad del estado, tiene su primer momento significativo en 1909 con la creación de diecinueve escuelas de artes y oficios, en las diferentes unidades de la Federación, antecesoras de las “Escuelas Profesionales Federales y Estaduales” – hoy denominadas de Agrotécnicas, ETFs y CEFETs

—

La situación económica en aquella época, en la sociedad brasileña, presentaba crecientes transformaciones que exigían medidas para enfrentarlas. En Brasil, ocurría la implantación gradual de su parque industrial y, consecuentemente, las industrias requerían mano de obra especializada.

Desde la perspectiva social, la creación de las escuelas profesionales tenía el propósito de neutralizar los efectos, nocivos para el gobierno, del crecimiento urbano de la época, causado por la búsqueda de una mejor calidad de vida y por la abolición de la esclavitud, lo que incrementó en las ciudades el contingente de marginados.

En la fase que antecede a 1930, se configura una enseñanza con carácter de control social destinado a ciertos grupos sociales, los llamados menos favorecidos.

A partir de ahí, se desarrollaron otras alternativas destinadas a la formación de los trabajadores. Hasta 1932, para la educación primaria existían las alternativas de curso en el campo y de curso profesional con cuatro años de duración. Podrían suceder otras alternativas de formación exclusiva para el mundo del trabajo, a el “nivel gimnasial” (secundaria en España), tales como los cursos normal, técnico-comercial y técnico-agrícola.

En 1937, los educadores¹ concordaban con la Constitución que se preocupaba largamente de la enseñanza profesional, pero en la opinión de Romanelli (1978: 153), esa Constitución “*oficializó la enseñanza profesional, como enseñanza destinada a los pobres, estaba el gobierno cometiendo un acto lesivo a los principios democráticos; estaba el gobierno instituyendo oficialmente la discriminación social, a través de la escuela*”.

La fase post-30 otorga a la enseñanza profesional una nueva función: “*calificar la mano de obra para la industria y la cuestión del control social asume una nueva fase, esto es, la reproducción de la fuerza del trabajo, la cual será reclutada dentro de la nueva configuración de la sociedad de clase*” (Pereira, 1995: 84).

En la década de los 40 fue editada la Ley Orgánica de la Enseñanza Industrial que reglamentaba la Enseñanza Industrial en el país, equiparándola a la condición de enseñanza secundaria.

¹ *Lejos de un lenguaje sexista, a lo largo de este trabajo utilizaremos la forma masculina (alumno/a, profesores/as,), para referirse al individuo independientemente del sexo, sin ninguna connotación de tipo sexista. Logramos una mayor fluidez al texto si evitamos las típicas barras oblicuas (/), la reiteración o/a y otras formas de expresar ambos sexos.*

La Ley Orgánica de la Enseñanza Industrial creó las bases para la implantación de un sistema de enseñanza profesional para la industria, articulando y reorganizando el funcionamiento de las escuelas de aprendices y artífices (1942). Dicha Ley creó también el SENAI - Servicio Nacional de Aprendizaje Industrial (1942) y el SENAC - Servicio Nacional de Aprendizaje Comercial (1946), ambos resultantes del estímulo del Gobierno Federal a la institucionalización de un sistema nacional de aprendizaje, financiado por las empresas para atender a sus propias necesidades.

Las Leyes Orgánicas de la Educación Nacional tenían el objetivo, en la enseñanza propedéutica, de “formar las elites conductoras del país”, y en la enseñanza profesional ofrecer “formación adecuada a los hijos de los operarios, aquellos que necesitaban ingresar temprano en la fuerza del trabajo”.

En la década de los 50, la Ley Federal nº 1.076/50 “permitía que los concluyentes de los cursos profesionales pudiesen continuar los estudios académicos en los niveles superiores, siempre y cuando prestasen los exámenes de las asignaturas no estudiadas en aquellos cursos y demostrasen tener el nivel de conocimiento indispensable para la realización de los aludidos estudios”. Esto indicaba un cambio significativo, sin embargo no logra extinguir la dicotomía entre enseñanza profesional y enseñanza propedéutica:

....la relación establecida entre el mundo de la “educación”, que debe desarrollar las capacidades intelectuales independientemente de las necesidades del sistema productivo, y el mundo del trabajo, que exige el dominio de funciones operacionales enseñadas en cursos específicos, de formación profesional. Esta desarticulación se explica por el carácter de clase del sistema educativo, una vez que la distribución de los alumnos por los diferentes ramos y modalidades de formación se hace a partir de su origen de clase. (Kuenzer, 1998 citado por Giuliani y Pereira, 1998: 407).

En 1961, tras la promulgación de la Ley de Directrices y Base de la Educación Nacional - LDB (Ley 4024/61), la legislación establece la articulación completa de la enseñanza profesional y propedéutica, terminando así, “desde el punto de vista formal”, con la vieja dualidad entre enseñanza para las “elites conductoras del país” y enseñanza para los “desvalidos de la suerte”. Todas las ramas y las modalidades de enseñanza pasaron a ser equivalentes para fines de continuidad de los estudios a niveles subsecuentes. A pesar de los cambios ocurridos, la Ley no logró extinguir la dicotomía existente entre la enseñanza profesional y propedéutica.

En la década de los 70, con la Ley 5692 / 71, se establece la profesionalización en la Enseñanza Media (secundaria). Esta propuesta no ha sido cumplida integralmente, debido a la falta de estructura de la enseñanza en Brasil, aliada a la falta de voluntad política para garantizar las condiciones mínimas necesarias de logro de la nueva propuesta. En la visión de Kuenzer (1998), de esta forma se vuelve al modelo anterior, esto es, las escuelas propedéuticas para las elites y las profesionales para los trabajadores.

La Ley 9.394, que establece las Directrices y Bases de la Educación Nacional (LDB) en 20 de diciembre de 1996, reserva un espacio para la educación profesional. El título V de esta ley trata de los niveles y modalidades de educación y enseñanza, consideradas como un factor estratégico de competitividad y desarrollo humano, en el nuevo orden económico mundial.

Algunos investigadores de la educación profesional en Brasil tienen una visión crítica de la nueva LDB:

Dentro del contexto de la economía globalizada, competitiva, con niveles de exigencia cada vez más grandes de dominio de principios científicos y de procesos de producciones, ¿cómo acordar con una LDB que ya nace anacrónica, en descompás con los propósitos educacionales que atiendan a los intereses de la sociedad en su conjunto? (Giuliani y Pereira, 1998: 413).

Los investigadores más críticos de la educación profesional, como Gentili (1995), Kuenzer (1998), Giuliani y Pereira (1998) y Frigotto (1998a), cuestionan la garantía del hombre de buscar una educación que no esté solamente a servicio de la competitividad de los mercados, sino en consonancia con los principios elementares de la promoción social, como contribución para su ciudadanía.

En el año de 1994, la Ley n° 8.948, que dispone sobre la institución del Sistema Nacional de Educación Tecnológica, plantea que las actuales Escuelas Técnicas Federales, creadas por la Ley n° 3.552 de 16 de febrero de 1959 y por la Ley n° 8.670 de 30 de junio de 1993, han sido transformadas en Centros Federales de Educación Tecnológica, en los términos de la Ley n° 6545/78 y del Decreto n° 87.319 de 21 de junio de 1982, alterada por la Ley n° 8711/93.

En el final de la década de los 90, la enseñanza profesional sufre uno de sus cambios más radicales. Con el Decreto n° 2.208, de 17 de abril de 1997, desaparece la equivalencia entre los cursos de nivel medio generales y profesionales. La Portería n° 646, de 14 de mayo de 1997, viene a reglamentar la implantación de estas reformas. Un clima de incertidumbre e inquietud toma cuenta de la comunidad que constituye las ETFs y CEFETs. El gobierno federal, a través del Ministerio de la Educación y Cultura (MEC), en la propuesta inicial, amenazaba con reducir y en el futuro extinguir la enseñanza media, y transformar las ETFs en centros de formación exclusivamente técnica, perdiendo, con esto, la visión general e integral.

La perspectiva productivista se explicita, fundamentalmente hoy, por el ideario de la reestructuración productiva del proceso de globalización excluyente y de la superestructura ideológica del neoliberalismo que la legitima; la educación y el conocimiento, particularmente en la formación técnico-profesional, vienen subordinadas a la lógica unidimensional de la producción y del mercado. De esto, resultan concepciones y prácticas dualistas, fragmentadas, que separando la formación general de la específica, el técnico del teórico y del político. La ciudadanía, en esta perspectiva, es una ciudadanía regulada por las leyes del mercado y diferenciada por la ideología del esfuerzo propio, de la motivación individualista.

La justificación utilizada por el Gobierno Federal para el Decreto 2.208/97 es el alto costo de la Enseñanza Técnica, particularmente los ofrecidos por las ETFs y CEFETs que, según el discurso oficial, no alcanza los trabajadores y tiene más bien características propedéuticas que profesionales.

En el año 1998 se produce el desmembramiento de la enseñanza en las ETFs y CEFETs; éstos ofrecerán varios niveles y estarán divididos en: Básico (sin escolaridad previa, alumnos adultos), Medio (antiguo segundo grado, equivalente al Bachillerato en España, alumnos adolescentes entre 14 y 17 años), Técnica (postmedio, alumnos adultos jóvenes, media de 23 años en el año 2004) y Superior (alumnos adultos jóvenes, la misma franja de edad de la universidad), contemplando la formación de tecnólogos que pasa a ser ofrecida sólo por los CEFETs.

Sin embargo, los nuevos cambios tienen un lado positivo, ya que éstos proporcionan una educación más práctica, en el sentido en que ofrecen una mayor flexibilidad para quien terminó la enseñanza media. Y en concreto atienden a las necesidades de los alumnos que no

han podido acceder a la universidad y al mismo tiempo contribuyen con una perspectiva curricular más actual en relación con las competencias en general del mercado laboral.

El lado negativo de este nuevo momento es definido por Kuenzer (1998: 377), cuando señala:

Que esa propuesta es conservadora, pues se supone una ruptura entre el saber académico y el saber para el trabajador, contrariando la comprensión contemporánea que muestra la indisoluble articulación entre Ciencia, Cultura y Trabajo y no reconoce la interdisciplinariedad que caracteriza la Ciencia contemporánea.

De esta forma, es perceptible el retroceso de las nuevas propuestas que al retomar la Reforma de 1942, dividen la enseñanza media en dos vertientes: una para la elite y otra para los trabajadores, y niegan los avances ocurridos en las Legislaciones de 1961 y 1971, que en sus modelos pedagógicos superaban la exclusión recíproca entre tecnología y humanidad.

En el final de los años 90, la enseñanza profesional en Brasil sobrevive a una política educacional que exige mayores ofertas de enseñanza de las instituciones de enseñanza profesional, exige mejores calificaciones profesionales de los profesores y disminuye los ingresos económicos para las instituciones. Se inicia en este momento una búsqueda de soluciones para sobrevivir y, con esto, algunos servicios son ahora pagados por la comunidad.

¿Hasta cuándo la enseñanza profesional federal será gratuita y de calidad en la enseñanza media, técnica y tecnológica? No es difícil entender que la política educacional orientada por los órganos internacionales, como el banco Mundial y el banco Interamericano de Desarrollo, están imposibilitando el funcionamiento de estas instituciones, apuntando hacia el camino de las privatizaciones en la educación federal.

Mostramos a continuación, en la Tabla - 1.1 la Legislación básica de la educación profesional en Brasil, a partir de las medidas sobre las que empezaron las nuevas reformas.

Tabla 1.1. Legislación básica de la educación profesional en Brasil.

<i>LEGISLACIONES</i>	<i>APORTACIONES</i>
Ley Federal nº 8.948/94	Dispone sobre la institución del Sistema Nacional de Educación Tecnológica y da otras providencias
Ley Federal nº 9.394/96	Establece las Directrices y Bases de la Educación Nacional
Ley Federal nº 9.649/98	Artículo 47: altera el art. 3º de la Ley Federal nº 8.948/94. Artículo 66: revoca los arts. 1º, 2º y 9º de la Ley Federal nº 8.948 / 94
Decreto Federal nº 2.208/97	Reglamenta el párrafo 2º del artículo 36 y los arts. 39 a 42 de la Ley Federal nº 9.394/96, que establece las Directrices y Bases de la Educación Nacional
Decreto Federal nº 2.406/97	Reglamenta la Ley Federal nº 8.948/94 (trata de los Centros de Educación Tecnológica)
Decreto Federal nº 3.462/00	Da nueva redacción al art. 8º del decreto Federal nº 2.406/97 (trata de la autonomía de los Centros Federales de Educación Tecnológica)
Decreto Federal nº 3.741/01	Altera la redacción del art. 5º del Decreto Federal nº 2.406/97, que reglamenta la Ley Federal nº 8.948/94 (trata de la autonomía de los Centros de Educación Tecnológicos Privados)
Portaría* MEC nº 646/97	Reglamenta la implantación del escrito en los artículos 39 a 42 de la Ley Federal nº 9.394/96 y en el Decreto Federal nº 2.208/97 y dar otras providencias (trata de las redes federales de educación tecnológica)
Portaría MEC nº1.005/97	Implementa el Programa de Reforma de la Educación Profesional - PROEP
Portaría Interministerial MEC/MTb nº 1018/97	Crea el Consejo Director del Programa de Reforma de la Educación Profesional
Portaría MEC nº2.267/97	Establece las Directrices para la elaboración del proyecto institucional para implantación de nuevos CEFETs
Portaría MEC nº1.647/99	Dispone sobre la credencial de los Centros de Educación Tecnológica y la autorización de los cursos de nivel tecnológico de la educación profesional.
Portaría MEC nº 064/01	Define los procedimientos para el reconocimiento de cursos / habilitaciones de nivel tecnológico de la educación profesional
Parecer** CNE/CEB nº 17/97	Establece las directrices operacionales para la educación profesional de nivel nacional
Parecer CNE nº 776/97	Orienta sobre las Directrices Curriculares de los cursos de carrera
Parecer CNE/CEB nº 16/99	Trata de las Directrices Nacionales para la educación de Nivel Técnico
Parecer CNE/CEB nº 33/2000	Establece la nueva fecha final para el periodo de transición para la implantación de las Directrices Curriculares nacionales para la educación profesional de Nivel Técnico
Resolución CNE/CEB nº 02/97	Dispone sobre los programas especiales de formación pedagógica de docentes para las asignaturas del currículo de la enseñanza fundamental, de la enseñanza media y de la educación profesional en nivel técnico
Resolución CNE/CEB nº 04/99	Instituye las Directrices Curriculares Nacionales para la educación profesional de Nivel Técnico

Fuente: Elaboración Propia (basada en datos de la Legislación brasileña). Portaría*, en Brasil decreta una determinación de un directivo, que este bajo su competencia, a ser cumplida en una institución. Parecer** es una opinión de un órgano competente fundamentada juradamente en Ley.

1.1.1 - Desde la escuela de Aprendices y Artífices hasta el Centro Federal de Educación Tecnológica de Paraíba

Para desarrollar estos apartados que a continuación se tratan sobre los referentes históricos de la Enseñanza Profesional en el CEFET-PB, nos basamos en la legislación y documentación que hacen parte del acervo del CEFET-PB y en los trabajos de las autoras: Lima (1985) y De Figueiredo (2000), que hicieron un análisis históricos basado en recogida de datos documentales.

En Paraíba, la primera escuela profesional fue la Escuela de Aprendices y Artífices, instalada a 5 de enero de 1910, que tenía por Director a Dr. Miguel de Medeiros. Allí se ofrecían cursos cuyos currículos impartían la enseñanza primaria y los cursos profesionales de Carpintería, Cerrajería, Sastrería y Encuadernación. Esta escuela ofrecía, como tantas otras de Brasil, una enseñanza puramente técnica, en forma de talleres sin tener, entretanto, asignaturas de formación básica. En el año de 1937 esa escuela pasó a denominarse Liceo Industrial de João Pessoa. Tal situación se mantuvo hasta 1961 cuando se crea la Enseñanza Técnica integrada a la enseñanza media, modelo vigente hasta 1997, es decir, hasta la actual reforma de la enseñanza profesional.

Como ya se expresó en los apartados anteriores, a partir de 1942 la Ley Orgánica de la Enseñanza Industrial reglamentó la enseñanza industrial en dos ciclos. El primero, incluía cuatro órdenes de enseñanza: industrial básica, maestría, artesanal y aprendizaje. El segundo ofrecía dos vertientes: técnica y pedagógica. El Liceo Industrial de João Pessoa (LIJP), dentro de la nueva legislación, desarrolló el curso industrial básico en las especialidades que antaño constituían sus cursos de formación de artífices: Cerrajería, Artes y piel, Tipografía y Encuadernación, Sastrería y Carpintería.

En la Década de los 60, la Escuela Industrial de João Pessoa (EIJP) sufre una crisis administrativa, siendo sometida a tres interventores. Esa crisis resultó una fase difícil para la escuela que presentaba falta de control didáctico, administrativo, técnico y financiero, entre otros desórdenes internos. El proceso de intervención Federal sólo ha sido concluido con la toma de posesión del profesor Itapuan Botto Targino en 1964, cuando tuvo inicio un proceso de expansión y modernización de la EIJP. Durante la administración del profesor Itapuan Botto, las alumnas, hasta entonces excluidas, pasaron a integrar el cuerpo discente de la escuela.

En esta misma década, se extinguieron los talleres de Aprendices Artífices. Tras la fusión entre la enseñanza media y la Enseñanza Técnica, se crearon las Enseñanzas Técnicas en Puentes y Carreteras, Mecánica, Máquinas y Motores, atendiendo a la orientación de la Ley de Directrices y Base de la Educación Nacional de 10 de diciembre de 1961, que oficializó la transformación del Curso Industrial Básico en “Gimnasio Industrial”. En este período, se prestó mucha atención a las prácticas de Educación Física y Artística.

En 1967, la escuela Industrial Federal de Paraíba pasa a ser llamada Escuela Técnica de Paraíba (ETFPB). En aquel momento cambiaba “definitivamente” la fase de la ETFPB, gracias a la preocupación por la formación integral del ciudadano, en un contexto de cambio de concepción de las ETFs.

En el inicio de la década de los 70, la ETFPB no realizará más el examen de admisión para acceso al primer curso del “Gimnasio industrial”, ya que éste sería extinto. La calidad de la enseñanza ya era reconocida y ocupaba nuevos espacios en la educación nacional.

En 1975, el curso preparatorio, denominado pro-técnico, fue iniciado con el objetivo de proporcionar el refuerzo de enseñanza a los interesados en participar del examen de selectividad para el ingreso en la ETFPB, siendo el primero en ser implantado en las instituciones de la Enseñanza Técnica profesional en el país. En la década de los 70, afirma Kuenzer (1998: 368):

La euforia del “tiempo del milagro” apunta hacia el ingreso del Brasil en el bloque del primer mundo, a través del crecimiento de la economía; la expectativa del desarrollo industrial con sus cadenas productivas llevaba a antever significativa demanda por fuerza de trabajo calificada notadamente en el nivel técnico, es importante recordar que a esta finalidad se añade la necesidad de contener las demandas de los estudiantes secundarios por la enseñanza superior, que había marcado fuertemente el movimiento estudiantil en el final de la década de los 60.

En la década de los 80, la ETFPB vive una época de incentivo a los eventos artísticos-culturales y deportivos gracias a la nueva dirección, ejercida por el profesor Espedito Pereira, que dejaba clara su visión de educación como formación integral. En este período, teniendo en mente los avances tecnológicos de las empresas e industrias en el mercado de trabajo, la escuela pasó lentamente a informatizarse y ofrecer cursos en el área de informática.

En el año de 1989, se inician las obras de construcción de la Unidad Descentralizada de Enseñanza de Cajazeiras (UNED) que fueron concluidas en 1995. Este acontecimiento presentó un avance para la educación técnica federal de Paraíba que, hasta entonces, no tenía otra sede y, siendo así, no daba abasto para la demanda de los alumnos del interior del estado de Paraíba.

En el año de 1997, la ETEPB, como otras instituciones Federales de Educación Profesional, vivieron momentos de inseguridad con la reforma educacional del Gobierno Federal (explicado en el apartado 1.1). Particularmente en la ETEPB, la preocupación más grande era por la enseñanza media que, en aquella ocasión, tenía una tendencia a ser extinguida. Existía, además la preocupación de algunos educadores por la excesiva característica técnica que los cursos técnicos podrían presentar, lo que fue confirmado en el año siguiente.

En 2003 el CEFET ofrece:

- ▶ Los cursos técnicos de Mecánica, Edificación, Electrónica, Tecnología Ambiental, Electrotécnica e Informática. En la UNED - Cajazeiras, además de Informática y Edificación, también se oferta el curso de Electromecánica;
- ▶ El Curso de nivel medio con clases por la mañana, tarde y noche;
- ▶ El Curso de tecnólogo en Diseño de Interiores, Telemática, Producción Civil, Geoprosesamiento y Telecomunicación.

1.2 - EL NUEVO MODELO DE LA ENSEÑANZA TÉCNICA EN BRASIL Y EN EL CEFET-PB

Este apartado se empieza mostrando la figura 1.1 que hace un resumen de la educación brasileña para que se pueda entender esta distribución por franja de edad y además ubicar la Enseñanza Técnica en la educación profesional.

A continuación se enfoca la perspectiva del MEC relacionadas con las Referencias Curriculares Nacionales de la Educación Profesional de Nivel Técnico para después aportar algunas ideas que, a nuestro entender, podrían corroborar la construcción del currículo de la Enseñanza Técnica.

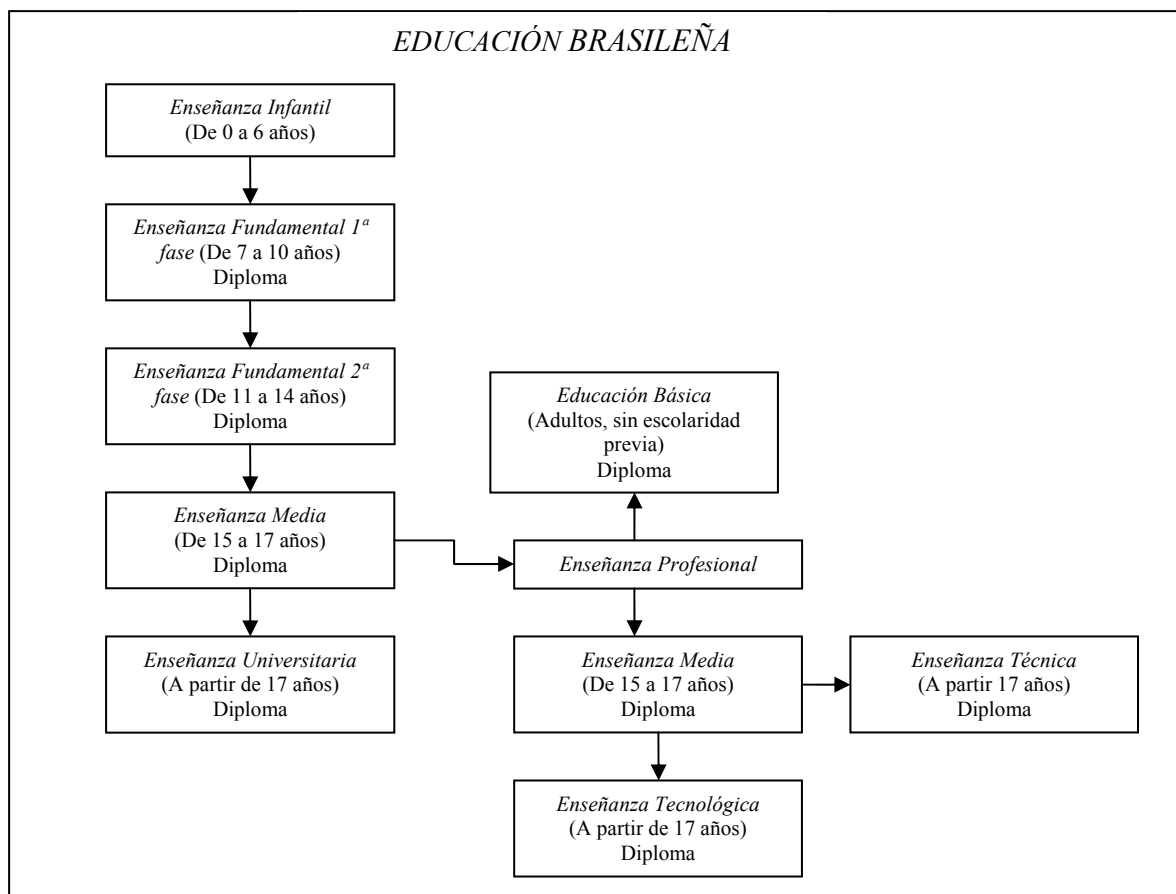


Figura 1.1. Resumen de la Educación brasileña.

Fuente: Elaboración propia, basada en dato del Ministerio de Educación (site- www.mec.gov.br, consultado en 13 de agosto de 2004).

En Brasil, la Enseñanza de nivel Técnico viene sufriendo gran mutación. El mundo del trabajo está cambiando continuamente y profundamente, suponiendo la superación de las calidades restrictas a las exigencias de funciones delimitadas, lo que determina la emergencia de un nuevo modelo de educación profesional centrado en la competencia por área.

Resulta cada vez más esencial que el técnico tenga un perfil de calificación que le permita construir itinerarios profesionales, con movilidad, a lo largo de su vida productiva. Un competente desempeño profesional exige dominio de su oficio asociado a la sensibilidad y alerta para cambios y una disposición para aprender y contribuir para su continuo aprendizaje.

Las Directrices Curriculares Nacionales para la Educación de nivel Técnico, por lo tanto, están centradas en el concepto de competencia por área. Al técnico, le será exigido tanto una escolaridad básica sólida como una educación profesional más amplia y polivalente. La revolución tecnológica y el proceso de reorganización del trabajo demandan una completa revisión del currículo, tanto de la educación básica como de la educación profesional, una vez que se les exige a los trabajadores, en cantidades crecientes, una mayor capacidad de

raciocinio, autonomía intelectual, pensamiento crítico, iniciativa propia y espíritu emprendedor, así como capacidad de visualización y resolución de problemas.

Según el MEC, la separación de la educación profesional y la enseñanza media, así como la rearticulación curricular recomendada por el mismo, permitirá resolver las distorsiones. En primer lugar, eliminando la falsa integración que no preparaba para la continuidad de estudios ni para el mercado de trabajo. En segundo lugar, destacando en la educación profesional la vocación y misión de las ETFs e instituciones especializadas, articuladamente con escuelas de nivel medio responsables de impartir la formación general, antes responsabilidad de la entonces “doble” misión de las buenas ETFs.

La rearticulación curricular entre la enseñanza media y la educación profesional de nivel técnico está basada en dos vertientes complementarias: desarrollar en la enseñanza media la misión y carga horaria mínima de educación general, que incluya la preparación básica para el trabajo, y orientar los cursos técnicos para la formación profesional en una sociedad en constante mutación.

La duración de la educación profesional de nivel técnico, para el alumno, dependerá: a) del perfil profesional de conclusión que se pretende y de las competencias exigidas, según el proyecto pedagógico de la escuela; b) de las competencias constituidas en la enseñanza media; y c) de las competencias adquiridas por otras formas, inclusive en el trabajo. Así, la duración del curso podrá variar para los diferentes individuos, aunque el plan de estudios tiene una carga horaria mínima definida para cada calificación o habilitación, por área profesional.

Las Directrices Curriculares Nacionales para la educación profesional de nivel técnico son regidas por un conjunto de principios que incluyen su articulación con la enseñanza media, también orientadores a la educación profesional, que se refieren a los valores estéticos, políticos y éticos.

Otros principios definen su identidad y especificidad y se refieren al desarrollo de competencias para la laboralidad², la flexibilidad, la interdisciplinaridad y la contextualización en la organización curricular, a la identidad de los perfiles profesionales de

² *Entendida como componente de la dimensión productiva de la vida social.*

conclusión, a la actualización permanente de los cursos y sus currículos, y a la autonomía de la escuela en su proyecto pedagógico.

1.2.1 - La organización actual de la educación profesional de nivel técnico en Brasil

Los cursos técnicos podrán ser organizados en módulos (artículo 8° Resolución CNE / CEB n° 04 / 99) y, “en el caso de que el currículo esté organizado en módulos, éste podrá tener carácter de conclusión para efecto de calificación profesional, dando derecho, en este caso, al certificado de calificación profesional” (el párrafo 1° del artículo 8°). Es más: los módulos podrán ser cursados en diferentes instituciones autorizadas (párrafo 3° del artículo 8°) con una única exigencia: “el tiempo entre la conclusión del primero y del último módulo no exceda cinco años” (inciso III del artículo 8°).

El diploma de una habilitación profesional de técnico de nivel medio, puede ser obtenido por un alumno que termine la enseñanza media y, concomitante o posteriormente, haya concluido un curso técnico, con o sin aprovechamiento de estudio. Ese curso puede haber sido realizado de una sola vez, por completo, o por la “integración” de carga horaria mínima, con las competencias mínimas exigidas para el área profesional objeto de habilitación. Podrá ocurrir aún por la sumatoria de etapas o módulos cursados en la misma escuela o en los cursos de calificación profesional o etapas o módulos ofrecidos por otras escuelas, desde que no trascienda el plazo de 5 años. Los cursos realizados con más de cinco años, o cursos libres de educación profesional de nivel básico, cursados en ETFs, instituciones especializadas en educación profesional, ONGS, entidades sindicales y empresas, y conocimiento adquirido en el trabajo también podrán ser aprovechados, mediante la evaluación de la escuela que ofrezca dicha calificación profesional, a la cual compete la “evaluación, el reconocimiento y la certificación, para proseguimiento o conclusión del estudio” (artículo 41 del Decreto Federal 2.208 / 97).

La adquisición de las competencias profesionales exigidas por la habilitación profesional definida por la escuela y autorizada por el respectivo sistema de enseñanza, con la respectiva carga horaria mínima por área profesional, además de la comprobación de conclusión de la enseñanza media, posibilita la obtención del diploma de técnico de nivel medio.

A continuación vemos la Tabla 1.2 en la que se enseñarán las áreas profesionales y cargas horarias mínimas de la enseñanza técnica en Brasil.

Tabla 1.2. Área profesional y carga horaria mínima

ÁREA PROFESIONAL	CARGA HORARIA MÍNIMA DE CADA HABILITACIÓN
1. Agropecuaria	1.200
2. Artes	800
3. Comercio	800
4. Comunicación	800
5. Construcción Civil	1.200
6. Design (Diseño)	800
7. Geoestrategia	1.000
8. Gestión	800
9. Imagen Personal	800
10. Industria	1.200
11. Informática	1.000
12. Ocio y desarrollo social	800
13. Medio ambiente	800
14. Minería	1.200
15. Química	1.200
16. Recurso pesquero	1.000
17. Salud	1.200
18. Telecomunicación	1.200
19. Transportes	800
20. Turismo y hostelería	800

Fuente: Elaboración Propia (basada en datos del PCNs para la Enseñanza Técnica).

1.2.1.1 - La organización de la Enseñanza Técnica en el CEFET de Paraíba

El CEFET-PB, en el primer semestre del año de 2004, tiene un total de 1442 alumnos en los cursos técnicos de João Pessoa y Cajazeiras y presenta una media de edad de 23 años.

El CEFET-João Pessoa tiene en el año de la recogida de los datos (2003) un total de 1116 alumnos en sus cursos técnicos regulares. Ofrece nueve cursos Técnicos, en los tres turnos mañana, tarde y noche, que son: Edificación, Mecánica, Informática, Electrotécnica, Electrónica, Recursos Naturales, Seguridad en el trabajo, Turismo, Instalación y manutención de equipamientos médicos hospitalares y técnico en gestión de pequeñas y micro empresas – estos cuatro últimos no son cursos regulares del CEFET-PB y por lo tanto no serán considerados en éste trabajo – (Datos de la gerencia de la Enseñanza Técnica de la sede de João Pessoa).

La UNED-Cajazeiras tiene un total de 287 alumnos. Ofrece tres cursos técnicos, siendo dos por la mañana, Edificación, Instalación y manutención en electromecánica, además de Informática por la noche (datos de la Gerencia de la Enseñanza Técnica de la sede de Cajazeiras).

Enseñar las competencias y habilidades por área sería una tarea exhaustiva además el análisis del currículo de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB no es el objeto del presente trabajo.

Sin embargo resulta importante conocer la estructura modular de estos cursos. A continuación, se muestran los esquemas resumidos de los módulos ofrecidos para cada curso técnico del CEFET-PB en la actualidad (datos cedidos por la Gerencias de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB).

Curso técnico en Edificación

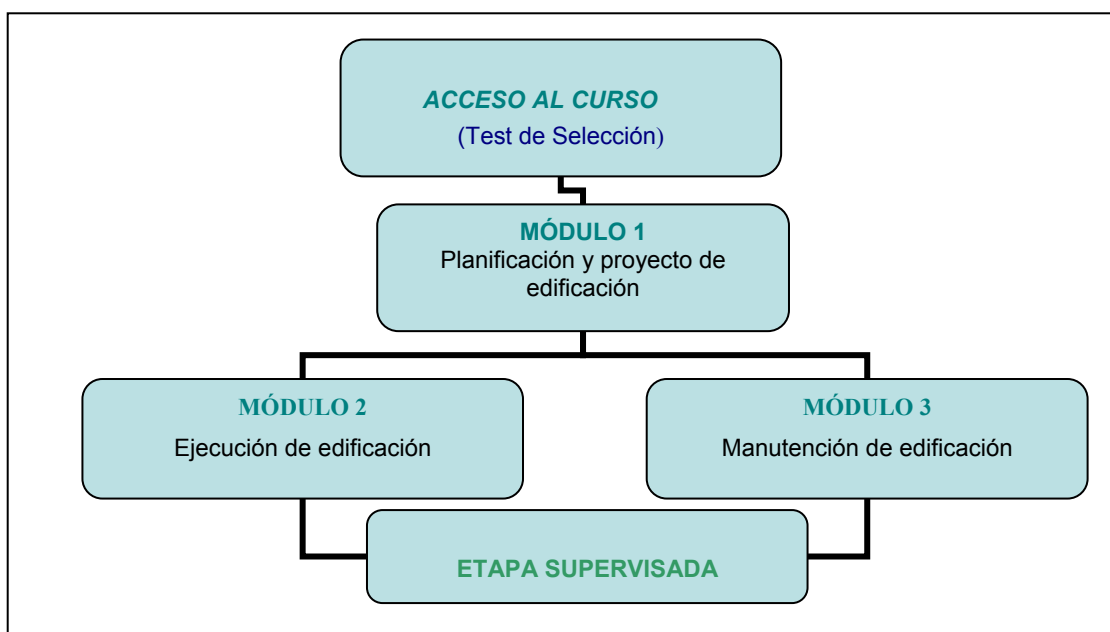


Figura 1.2. Estructura modular del curso de Edificación.

Curso técnico en Mantenimiento de Equipamientos Mecánicos

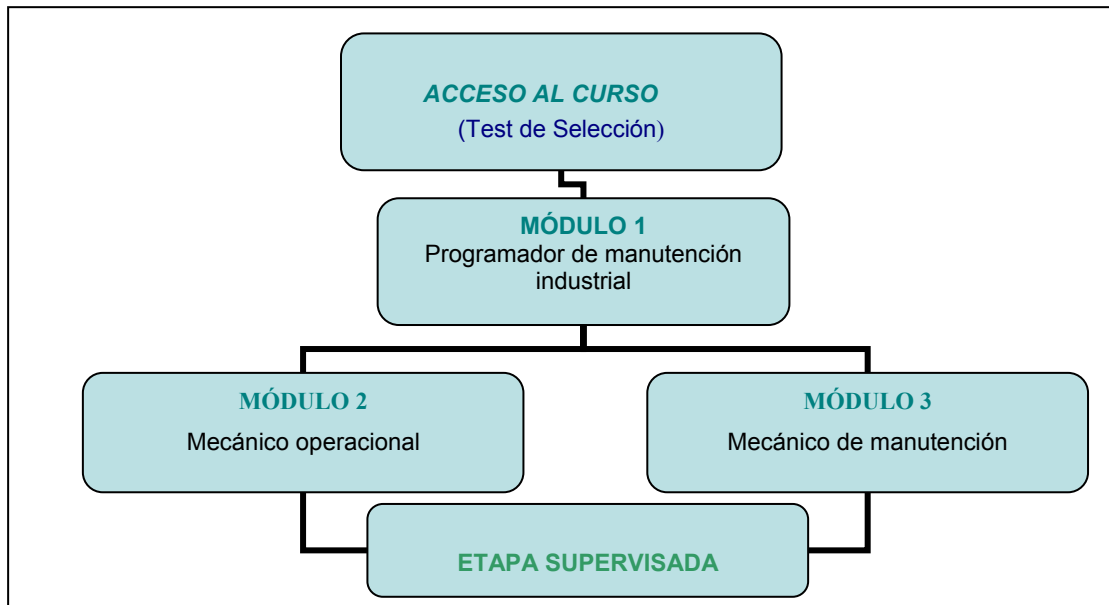


Figura 1.3. Estructura modular en Mantenimiento de Equipamientos Mecánicos.

Curso técnico en Soporte y Sistema de Información

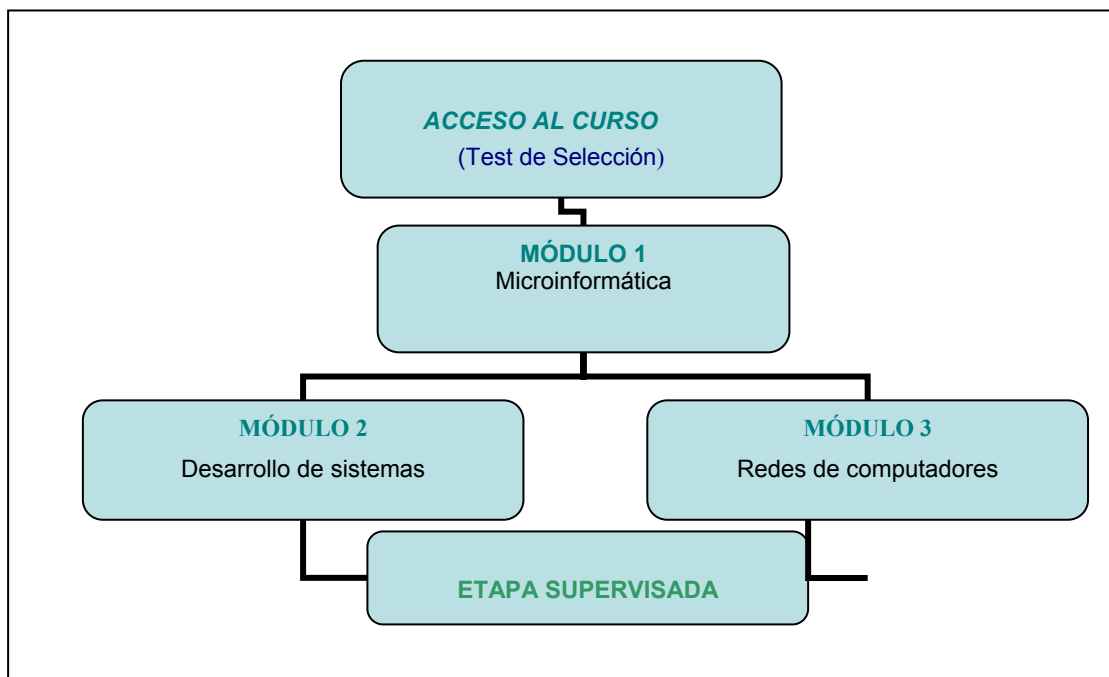


Figura 1.4. Estructura modular en Soporte y Sistema de Información.

Curso técnico en Electrotécnica

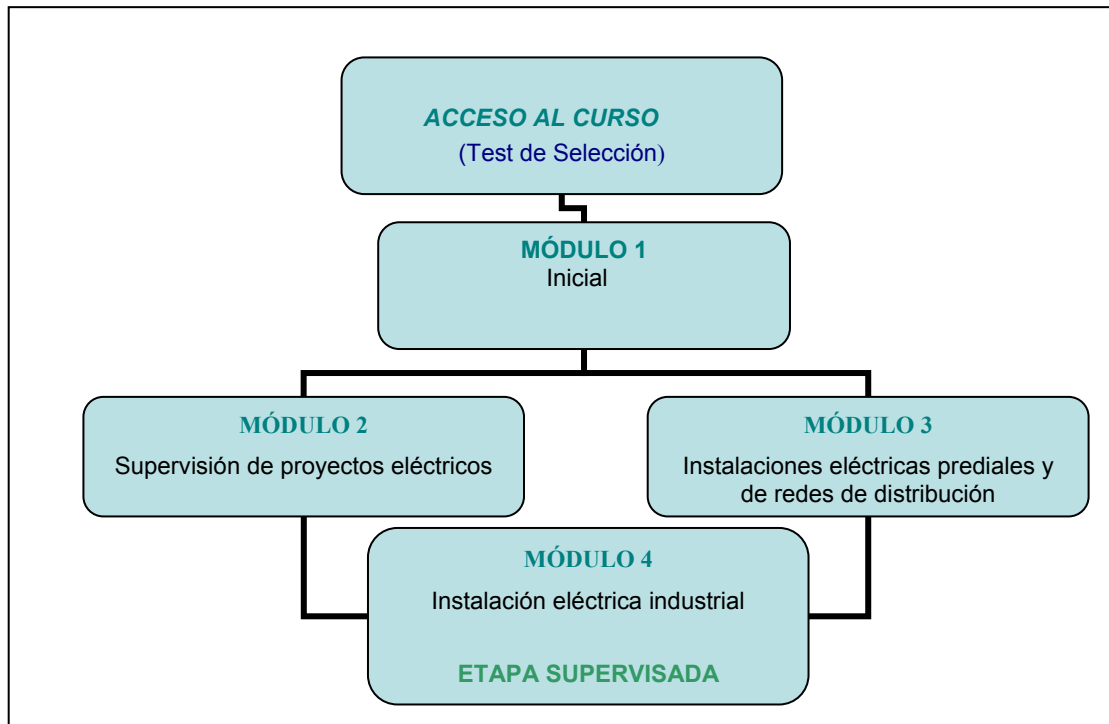


Figura 1.5. Estructura modular en Electrotécnica.

Curso técnico en Electrónica

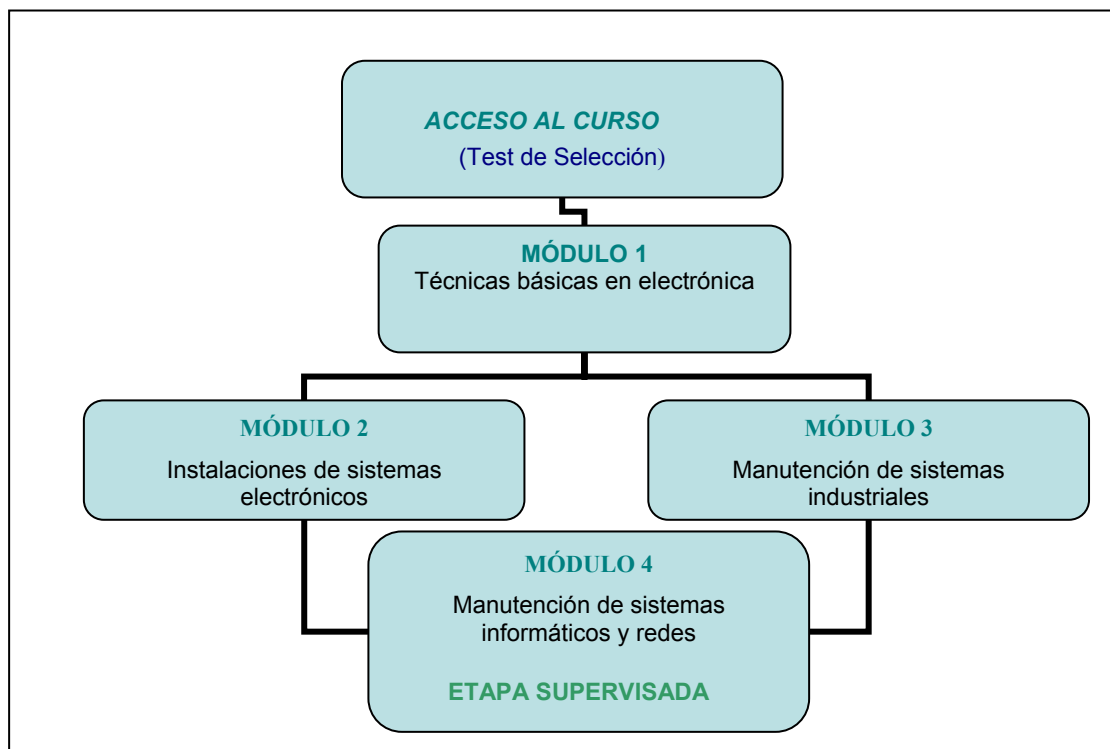


Figura 1.6. Estructura modular en Electrónica.

Curso técnico en Recursos Naturales

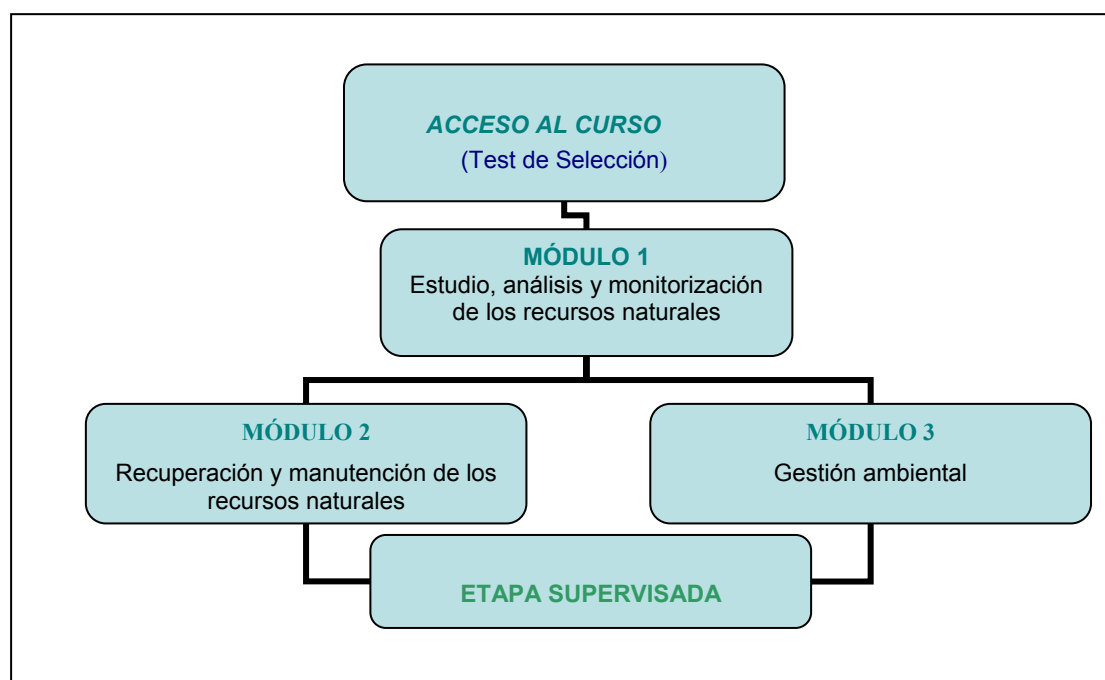


Figura 1.7. Estructura modular en Recursos naturales.

En el currículo de los cursos técnicos del CEFET-PB, hubo una experiencia con una asignatura cuyos contenidos estaban relacionados con la promoción de la salud. En la sede de João Pessoa, en el curso de electrónica en el año de 2000 y en Cajazeiras en el curso de Electromecánica. Sin embargo, es muy difícil el entendimiento por parte de los gestores de la importancia de competencias fuera del marco específicamente técnico. Además, la carga horaria en la nueva estructura curricular es pequeña y son muchas las competencias que podrían abarcar contribuciones en la formación del técnico.

Hasta el año 2004 la UNED Cajazeiras, el curso técnico de electromecánica seguía con su nuevo modelo curricular con competencias en el área de la promoción de la salud. Esta competencia tenía una carga horaria de 24 horas, ofreciendo 3 clases semanales con una duración de 8 semanas. A continuación se señalan las competencias y contenidos de esta asignatura (datos cedidos por la Coordinación de Educación Física de la UNED - Cajazeiras).

Tabla 1.3. Competencias y conocimientos de la asignatura Actividad Física y calidad de vida

COMPETENCIAS Y SABERES
1. Conocer las debilidades orgánicas degenerativas provenientes del mundo del trabajo <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nociones sobre salud y calidad de vida ▶ Debilidades orgánicas degenerativa -Estrés en el mundo del trabajo -Lumbalgia y sus causas -LER (Lesiones por Esfuerzo Repetido) y sus complicaciones
2. Conocer la estructura ósea, movimiento y formas de prevención de estas debilidades <ul style="list-style-type: none"> ▶ Estudio de la columna vertebral - Su formación - Patologías - Riesgos de debilidades - Prevención de debilidades
3. Conocer lo que es la gimnasia laboral y su campo de actuación en el mundo del trabajo <ul style="list-style-type: none"> ▶ Concepto de gimnasia laboral y su importancia en el mundo laboral

Fuente: Elaboración basada en datos cedidos por la Coordinación de EF de la UNED-Cajazeiras. A partir del año 2005, la profesora responsable por esta asignatura es trasladada para la sed de João Pessoa.

Los nuevos cambios en la Enseñanza Técnica tienen un lado positivo, ya que éstos proporcionan una educación más práctica, en el sentido de que ofrecen una mayor flexibilidad para quien terminó la Enseñanza Media. Y en concreto, atienden a las necesidades de los alumnos que no ha podido acceder a la Universidad y al mismo tiempo contribuyen a una perspectiva curricular más actual en relación a las competencias en generales del mercado laboral.

Sin embargo, Carvajal (2002: 193) expone un aspecto negativo cuando señala:

En estos nuevos modelos organizativos curriculares, se observa en la práctica que existe un sesgo que favorece la adopción y control por parte del sector empresarial, de los asuntos de gestión de los centros formativos, lo cual desvirtuará el planteamiento inicial que supone una participación integrada y cooperativa de todos los agentes sociales y productivos en las diferentes tareas y funciones asociadas al funcionamiento de los centros de educación técnica profesional.

No queda duda que una amplia participación social aportaría mucho al desarrollo del currículo, pero difícilmente ocurriría, en el caso del CEFET-PB, la participación en dicha elaboración curricular se da con pocos agentes, es decir, con la participación casi exclusiva de profesores del área técnica.

Se considera que las reformas en la enseñanza profesional deberían ocurrir para acompañar las revoluciones constantes en el mundo del trabajo, volviendo los currículos más

dinámicos y adaptables. La formación del técnico no debe satisfacer, solamente, a las necesidades del mercado, sino que tiene que proporcionar a estos alumnos el derecho a una educación para la vida, hoy y mañana.

Con las reformas curriculares, ya discutidas anteriormente, lo que se ve en los cursos técnicos, en todo Brasil y específicamente en el CEFET-PB, es una educación orientada hacia el mercado laboral, con poquísima atención a la formación amplia. Estamos de acuerdo con que los currículos tienen que contemplar, de forma efectiva, las especialidades de cada área y acompañar las constantes transformaciones del mundo del trabajo, incluso se ve de manera positiva los cursos tecnológicos de los CEFETs, que muchas veces son más prácticos y actuales, posibilitando al trabajador su inserción actualizada en el mundo del trabajo. Sin embargo, no estamos de acuerdo cuando se olvida la mayor ventaja de este tipo de currículo, que es su flexibilidad. En el mundo del trabajo hoy, no vale solamente un trabajador con muchas cualidades técnicas; cada vez más se valora la creatividad, la flexibilidad y hasta la intuición. El trabajador moderno deberá ser capaz de adaptarse a las nuevas situaciones y a las diferentes funciones.

1.3 - ANÁLISIS HISTÓRICO DE LA EDUCACIÓN FÍSICA EN EL CEFET DE PARAÍBA, BRASIL

Para desarrollar los apartados que seguirán sobre un breve análisis histórico de la Educación Física en el CEFET-PB, nos basamos en la “Legislación y Documentación” que hace parte del acervo de la Coordinación de EF y del acervo general del CEFET-PB y además en los trabajos de los autores: Pate y Cobin (1981), Lima y Lima (1985), Castellani (1988; 1998), Betti (1991), Brach (1992), Mello y Bracht (1992), Nahas y Corbin (1992a), Gonçalves y Pimenta (1994), Pereira (1995), Soares (1990; 1996), Gariglio (1997), Giuliani y Pereira (1998), Kuenzer (1988; 1998), De Figueiredo (2000), entre otros.

El trabajo de Figueiredo (2000), hace además de un análisis documental de los acervos del CEFET-PB, la utilización de la entrevista abierta, con 5 profesores de EF jubilado, como técnica de colecta de datos. Incluso participa de la investigación el primer profesor de EF (profesor Walter Rabelo) del CEFET-PB, que en el momento de la entrevista tenía 80 años y aportó datos muy relevantes para la reconstitución de este marco histórico, ya que la documentación por si sola no aportaba todas las informaciones necesarias.

El concepto de Educación Física a que nos referimos va referido al desempeño del movimiento con fines educativos, a la educación por medio del movimiento, llevado a cabo esencialmente en forma de AF, de ejercicio físico o de deporte, bajo la dirección de un profesor (García Ferrando, 1997).

Sánchez Bañuelos (1996) hace una referencia al concepto de EF en su trabajo, hablando de la EF como un concepto amplio que trata del desarrollo de la formación de una dimensión básica del ser humano, el cuerpo y su motricidad. Dimensión que no se puede desligar de los otros aspectos de su desarrollo, evolución/involución. Por lo tanto, no se debe considerar que la EF está vinculada exclusivamente a unas edades determinadas, tampoco a la enseñanza formativa permanente sobre unos aspectos concretos a través de la vida del individuo, es decir, constituye un elemento importante dentro del concepto de educación continua de la persona.

1.3.1 - La aparición de la Educación Física en la Escuela Industrial de João Pessoa

La Educación Física fue ofrecida como práctica educativa en el año de 1945, en la Escuela Industrial de João Pessoa - EIJP, por el profesor Walter Rabelo, licenciado en Educación Física por Rio de Janeiro, en el primer grupo de formados de la Escuela Nacional de Educación Física, y designado por el entonces Director Carlos Leonardo Arcoverde. Hasta entonces, las Escuelas Industriales en Brasil ofrecían Educación Física, pero esta asignatura no era administrada por profesores con formación académica; la nueva instrucción nacional del Gobierno Federal, a través del Ministerio de Educación, exigía que todas las Escuelas Industriales tuvieran profesores de Educación Física debidamente habilitados, esto es, con formación superior en Educación Física.

El profesor Walter Rabelo empezó a enseñar Educación Física en la Escuela Industrial de João Pessoa, que en la época tenía su sede en el barrio de “trincheiras”, centro de la ciudad de João Pessoa. Sin espacio físico adecuado para la práctica de esta actividad, el profesor Walter logra un acuerdo con el “Clube Cabo Branco”, que en la época tenía sede en el centro de la ciudad de João Pessoa, cerca de la Escuela Industrial, donde se realizaron las primeras clases de Educación Física. Los alumnos, en esta época, eran clasificados por la altura y la edad, siendo obligados a comparecer a las clases de Educación Física aquellos con menos de 18 años. El departamento médico y biométrico fue estructurado bajo la responsabilidad del profesor Walter Rabelo y, allí, todos los alumnos eran sometidos a unas pruebas específicas, incluso odontológicas.

La instrucción de las clases de Educación Física tenía como prioridad orientar a los jóvenes en su modo de actuar en lo cotidiano (extra escuela) en relación con la salud, la alimentación, y evitar los vicios. Después de definir los grupos homogéneamente, teniendo en cuenta el peso, la altura y la edad, las clases se desarrollaban dentro de horarios previamente establecidos.

Los alumnos de la Escuela Industrial eran casi en su totalidad de baja condición social. Quizás por esto, y para estimular la frecuencia en la asignatura, a los alumnos se les ofrecían desayunar después de la práctica de Educación Física. Hasta hoy en día en Brasil la merienda escolar (en las escuelas públicas) son uno de los motivos más importantes de permanencia en la escuela.

También en esta época, la Escuela Industrial participa de la 1ª Olimpiada Estudiantil de Paraíba, gracias al esfuerzo del profesor Walter, que impuso³ la participación de la escuela Industrial, ya que en aquel momento aún había prejuicio en cuanto a la falta de disciplina de los alumnos por ser de clase social baja. La Escuela tuvo mucho éxito y participó de otras competiciones en los clubes de la ciudad.

Las clases de Educación Física en el período de 1945 - 1959, cuando estaba como profesor solamente dicho profesor, obedecían a un plan semanal basado en las enseñanzas de la Escuela Nacional de Educación Física de Rio de Janeiro. La carga horaria era de 3 clases semanales y la presencia de los alumnos era masiva.

Las clases de EF estaban basadas en el Método Francés⁴ por exigencia, según el profesor Walter, del MEC. En los primeros meses, las clases eran básicamente con movimientos gimnásticos. Pasada la 1ª fase, los alumnos eran seleccionados para las prácticas de deporte, a saber: balonmano, fútbol, voleibol y atletismo. Todos los alumnos eran obligados, tras la práctica de Educación Física o deportiva, a ducharse.

La Educación Física en este período, a pesar de ser una práctica educativa (y no una asignatura), era obligatoria. Por sugerencia del profesor Walter hacia la Dirección de aquella

³ *El profesor Walter Rabelo (1º profesor de EF del actual CEFET-PB) trabajaba también como profesor en el colegio del estado de Paraíba y tenía gran prestigio en las instituciones en que trabajaba.*

⁴ *El Método Francés para Silva (1994) tenía como característica la formalidad, rigidez y se situaba en el polo de trabajo en oposición a los aspectos lúdicos del juego.*

escuela, había control de asistencia, con registro de las actividades y los alumnos tenían que participar de las clases.

En esta época, en la Escuela Industrial de João Pessoa, la Educación Física, era importante porque contribuía a mejorar el comportamiento de los alumnos, estimulaba a los jóvenes a practicar deporte y proporcionaba vivencias sociales en los clubes y otros espacios sociales, además de preparar a los jóvenes para enfrentarse a las luchas de la vida. En el período de 1945 a 1959, no sólo la Escuela Industrial de João Pessoa, sino toda la *Educación Física escolar en Brasil sufría una influencia “médico-higienista” donde la gimnasia era el contenido de clases y tenía la función de asegurar la salud y el vigor de los cuerpos, incrementando la reproducción y la longevidad de los individuos, como también colaboraba con la formación moral*” (Castellani, 1988: 42 citado por Mello y colaboradores, 1992). Se trataba de un intento simplista de resolver los problemas de salud pública en la escuela a través de la Educación Física.

Bajo el mando del profesor Walter Rabelo, un cambio fue percibido: la perspectiva anterior, médico-higienista, pierde espacio para el entrenamiento deportivo y juegos deportivos que, despacio, se va transformando, si no en contenido único, que por lo menos en el predominante. Según Soares (1996: 9) *“los entrenamientos deportivos son marcados más por la fisiología del esfuerzo que por la pedagogía”*. Al final de la década de los 50, la gimnasia va perdiendo su puesto de contenido principal para el deporte, ante los cambios económicos y políticos ocurridos en Brasil, ya que sus características se encuadran mejor en el modelo más internacionalizado de desarrollo brasileño.

1.3.2 - La década de los 60: consolidación de la Educación Física en la Escuela Industrial de João Pessoa

En la década de 60, ocurren dos nuevos hechos. En 1961, el profesor Walter logra un profesor auxiliar para la Educación Física, que fue el profesor Braulio dos Santos. En el transcurso de esta década, a partir de 1962, se cambió la sede del edificio de la Escuela Industrial de las “trincheiras” la Avenida 1º de Maio en el barrio de “Jaguaribe”, aunque la nueva sede no estuviera totalmente terminada.

La nueva sede no tenía ningún espacio para la práctica de Educación Física. Había un espacio grande sin condiciones para las prácticas de actividad física, donde hoy se encuentran el campo de fútbol y la pista de atletismo.

Cuando empezaron las actividades en la EIJP, el profesor Braulio asumió el comando de la Educación Física, ya que el profesor Walter estaba desempeñando otras funciones en la escuela.

El profesor Braulio, junto con los alumnos, limpió un terreno vacío, que disponía la escuela, para hacer una pista de 100 metros, siendo de esta forma que la EIJP logró su primer espacio para la práctica de Educación Física en la sede actual de Jaguaribe.

La Educación Física como una asignatura obligatoria era amparada por la LDB, – “artículo 22 de la Ley de Directrices y Base de la Educación Nacional – LDB / 1961 que disponía sobre la obligatoriedad de la práctica de la Educación Física en los cursos primarios y medios” – lo que no cambió la rutina de la EIJP, pues esta obligatoriedad ya existía en la escuela, decretada por normas internas. Algunas profesoras que trabajaban en aquella época eran contrarias a esta afirmación, cuando decían que después que la Educación Física entró en el currículo, el respecto por la asignatura fue mucho mayor, por parte de toda comunidad escolar.

En la década de los 60, ingresan otros profesores para impartir la Educación Física: el profesor Irapuan Botto y la profesora Blice Procopio.

En 1964, asume la Dirección de la EIJP el profesor Itapuan Botto Targino. Tal hecho, según información de los profesores de Educación Física que trabajaban en la época, representó un momento de crecimiento muy grande para la escuela, creándose una nueva mentalidad y un nuevo rumbo. La Educación Física fue, a partir de ahí, más privilegiada en cuanto al espacio físico: fueron construidas canchas externas, pista de atletismo, campo de fútbol, baños colectivos, además de adquirirse materiales técnico-pedagógicos para la práctica deportiva y clases de Educación Física.

La clientela femenina, que hasta 1964 estaba excluida del cuerpo de alumnos de la Escuela Industrial Federal de Paraíba - EIFB, pasó a integrarla. En esta época, fue fuerte la relación de la Educación Física con el sector médico de la institución. Esta relación ha sido de dependencia histórica en la Educación Física, en que casi siempre se aprovecha del prestigio de la Medicina para intentar legitimarse en el contexto escolar. Con base en Soares (1990: 55).

...Desde el siglo XIX hasta nuestros días, citando solamente la historia más reciente, este pensamiento ha influenciado la Educación Física manifestándose desde la formación de sus profesionales, lo que fácilmente es demostrado por el gran número de asignaturas biológicas en el currículo de las escuelas de Educación Física.

Las clases de Educación Física, hasta más o menos 1966, antes de las grandes construcciones en el sector de Educación Física, eran de gimnasia de calistenia, gimnasia por el método francés y prácticas de deporte. La práctica de deporte se incrementa debido a la participación de la EIFP en competiciones locales y en competiciones nacionales de la Enseñanza Industrial. Después de esta fecha, las instalaciones para la práctica de Educación Física en la EIFP fueron mejorando, pues hasta entonces, se reunía, solamente, en espacio sin suelo, anexo al campo de fútbol en donde se practicaba deportes colectivos, como voleibol, baloncesto y se iniciaba el balonmano en Paraíba, traído por los profesores Braulio y Blice, tras haber realizado un curso en São Paulo.

En septiembre de 1968, la ETEPB celebró los III Juegos Brasileños de la Enseñanza Industrial, evento de nivel nacional, que contó con la participación de 14 ETFs del país y acercó la comunidad de Paraíba para apreciar la práctica del deporte. La escuela ya tenía una infraestructura adecuada para la práctica de Educación Física, lo que, sin dudas, amplió las posibilidades del desarrollo de muchas actividades relacionadas con la actividad física, artística y cultural.

En la década de los 60, los contenidos priorizaban el desarrollo físico y el equilibrio psicológico y moral del alumno, poniendo de relieve una práctica de Educación Física íntimamente relacionada con las prácticas corporales advenidas del universo militar. Esta exaltación y apelo a las actitudes y posturas cívicas, a los componentes eugenésico y higiénicos, al desempeño de la aptitud física y formación moral a fin de aniquilar desvíos de comportamiento, señalaban en esta dirección.

El poder estaba centralizado en la mano del Coordinador de Educación Física y la ejecución era destinada a los otros profesores. En este período, se percibe una necesidad de legitimar este poder, a través del orden, de la disciplina y organización.

La Educación Física militarista correspondía a las demandas para la formación del trabajador, ya que la sumisión de los individuos, la ausencia de conflictos, el respeto a la

jerarquía, la práctica mecánica repetitiva y sin reflexión de los movimientos caían muy bien en el proceso de adiestramiento del cuerpo. Concordamos con Enguita (1991 citado por Gariglio, 1997: 219), cuando afirma:

Se sabe que en el servicio militar los jóvenes aprenden a ser “hombres” aunque fuese mejor decir operarios. No hay nada más parecido con la organización del trabajo en cadena que una formación militar practicando la “instrucción” ni nada que se parezca tanto con la jerarquía despótica del trabajo como la disciplina aterradora del ejército.

En esta década, la Educación Física resultó una asignatura importante, relacionada con el proceso de aprendizaje profesional e íntimamente asociada a la posibilidad de mejora del rendimiento en el trabajo, principalmente por su decantado poder de actuar sobre la salud de las personas.

1.3.3 - Influencia del deporte en la Educación Física en la década de los 70 en la ETFPB

En la década de los 70, los factores políticos del régimen autoritario y centralizador instaurado en Brasil, aliados a la política educacional estructurada por la Ley 5692 / 71, con su ideario tecnicista, amplían las conquistas de la Educación Física dentro de la ETFPB. Es en esta década cuando se inicia la creación de los cursos técnicos y se extingue el “Gimnasio Industrial”, primer ciclo, que acaba en 1974. Antes, en el día uno de mayo de 1971, fue inaugurado el gimnasio de deporte de la escuela.

En 1975, la Ley 6.251/75 definió los objetivos de la política nacional de Educación Física y Deporte: *“mejoría de la aptitud física de la población, elevación del nivel de deporte de masa, difusión de los deportes como forma de utilización del tiempo de ocio, elevación de nivel técnico deportivo de las representaciones nacionales”* (Betti, 1991). En la ETFPB, se ratificó ese apoyo al deporte con incremento de ingresos para la mejora de la infraestructura, el incremento de los espacios destinados a la actividad deportiva, los materiales para su práctica y el entrenamiento de profesores.

Se realiza la inauguración del pabellón del deporte. El sector de Educación Física pasa a tener apoyo de la dirección para todos los eventos, se da un gran incentivo para que la ETFPB sea victoriosa en sus participaciones en campeonatos en la ciudad y en el estado. Hubo una adhesión de la Educación Física de ETFPB al proyecto político educacional del gobierno.

En esta época, la Educación Física ganó legitimidad social al asumir y someter su práctica pedagógica a los códigos deportivos. Por consiguiente, era difícil diferenciar el deporte de competición y la enseñanza del deporte en la escuela, con casi total sumisión del deporte escolar a los códigos de la institución deportiva. Así, la enseñanza de deporte estaba: *“centrada casi exclusivamente en los elementos técnicos y tácticos del aprendizaje y en la “pre condición” fisiológica y neuro motora para la práctica de determinados deportes”* (Brach, 1992: 29).

La Coordinación de Educación Física comenzó a organizar, de forma más efectiva, sus equipos deportivos a través de entrenamiento extraescolar. Esos equipos eran entrenados por los propios profesores de la Coordinación de EF y tenían el objetivo de representar la escuela en diversas competiciones en la ciudad, en el estado de Paraíba y fuera de él. Existía una expectativa de descubrir valores para el deporte de elite nacional.

En la búsqueda de la ampliación de territorio en el currículo, la Educación Física desarrolla el contenido deporte como forma de enseñar a la comunidad escolar la eficiencia de su trabajo y su importancia para la formación de los alumnos y, como publicidad, para la mejoría de la imagen de la ETEPB en la sociedad.

La Educación Física estuvo muy influenciada por la política educacional del régimen militar a través del Decreto nº 69.450/71. Con los militares en el poder, la Educación Física, construida históricamente como una asignatura inferior en la escuela, gana, repentina y autoritariamente, un status que, hasta entonces, era impensable. La Educación Física resulta obligatoria en los tres niveles de enseñanza.

Además de la obligatoriedad impuesta, el Decreto antes citado determina también las directrices para la práctica de Educación Física en la escuela, indicando los contenidos, las metodologías, la forma de planteamiento y la evaluación. Así, se ponía como condición básica para la enseñanza de la Educación Física el desarrollo de la aptitud física, que se constituye, según el mismo Decreto, *“la referencia fundamental para orientar el planteamiento, control y evaluación de la Educación Física, deportiva y recreativa, en el nivel de establecimiento de enseñanza”*.

El currículo de la ETEPB de la década de 70 se apoyaba en la pedagogía tecnicista:

...la pedagogía tecnicista era propicia para vivenciar experiencias pedagógicas que reforzaban la cuestión de que el logro resultaba del esfuerzo propio, de la competitividad, de la competencia técnica, del rendimiento, de la disciplina (Resende y Soares, 1996: 53).

Los contenidos de las clases de Educación Física eran diferentes para chicos y chicas. La diferencia era demostrada en la forma de organización de los profesores, con grupos divididos en hombres o mujeres. Las alumnas sólo tenían clases con las profesoras y para los chicos eran designados los profesores. Las chicas tenían el mismo número de clases que los chicos y hacían el mismo test de aptitud física que los chicos. Además de pasar por este test físico, ellas también se sometían a las mismas normas restrictas de cumplimiento del horario y del uso de uniforme. La escuela tenía dos profesoras, Blice Procopio, que entró en 1964, y Rubenita de Pádua, en 1970, que logró su puesto de trabajo a través de oposiciones públicas.

Había, entonces, una sintonía entre el proyecto pedagógico del MEC para la Educación Física y la propuesta de Educación Física de la ETEPB, tanto por ser una institución federal de educación como por ser una escuela profesional volcada para la formación de mano de obra.

1.3.4 - La crisis en la Educación Física brasileña: conformismo en la Educación Física de la ETEPB en la década de los 80

En la década de los 80, los cambios en la Educación Física de la ETEPB no fueron significativos, aunque la Educación Física brasileña pasó por un período de análisis y reflexión. Sus principios pedagógicos, sus metodologías, su organización, sus contenidos y su planteamiento poco se alteraron en esta institución hasta los días actuales.

Esa década fue marcada políticamente por el proceso de democratización y la economía del país oscilaba entre periodos de agravamientos de los índices inflacionarios y de relativo reordenamiento económico. Al final de esta década la inflación llegó a ser proyectada para más del 100% (Gonçalves y Pimenta, 1994).

La Educación Física, como campo de conocimiento, fue durante la década de los 80 objeto de crítica en relación con los procesos de legitimación escolar, siendo cuestionadas sus interrelaciones con el sector médico y militar, y siendo criticado el proceso de la explotación del cuerpo en la sociedad capitalista, señalándose el deporte como aparato ideológico del gobierno.

Muchos intelectuales, en este período, se pautaron en el materialismo dialéctico y en la orientación Marxista, insertados en las transformaciones de la Educación Física – en el sentido de la democratización, de la autonomía y de la legitimidad pedagógica – en los movimientos y luchas en favor de la democratización de la sociedad como un todo. Para muchos investigadores del área, *“era imprescindible superar el modelo de sociedad regido por el modo de producción capitalista”* (Resende y Soares, 1996: 54).

A pesar de este movimiento crítico y reflexivo de la Educación Física nacional, en la década de los 80, frente al anacronismo de las propuestas tecnicistas de la enseñanza, no se vio su influencia dentro de la ETEPB: la Coordinación de Educación Física seguía con su actuación en las mismas propuestas anteriores.

El entusiasmo de la década de los 70 aún seguía. En el año de 1980, la ETEPB fue campeona en todas las modalidades que disputó en los XII Juegos Escolares de Paraíba.

En 1981, las actividades deportivas tuvieron otro estímulo con la construcción de la piscina, que vino a completar el parque deportivo. En 1982, fue realizado el evento “Primeros Juegos Internos de la ETEPB”.

En esta década, las clases pasaron a ser mixtas. El mayor cuestionamiento para este cambio fue la cantidad de chicos que superaba la de chicas. Por consiguiente, las clases de las profesoras contaban con una cantidad mínima de chicas, mientras los profesores tenían sus clases muy llenas. El resultado fue mucho mejor que lo esperado, manteniéndose hasta los días actuales.

En esta época, los profesores seguían administrando clases de Educación Física escolar, de modo que los profesores que también eran técnicos de modalidades deportivas tenían una carga horaria de clase más grande para los entrenamientos. El prestigio de los profesores técnicos era mayor, pero tímidamente algunos cambios empezaban a surgir.

En los sectores ligados al área pedagógica de la ETEPB, algunas personas acompañaban las reflexiones desarrolladas en el campo de la educación brasileña y, consecuentemente, en la Educación Física escolar. A pesar de entender la fuerte influencia del deporte, pasaron a cuestionar su utilización y su relevancia en el sentido de atender a las necesidades de desarrollo integral de los estudiantes. Según Soares (1996: 8), *“la cultura corporal, cultura física y cultura del movimiento tuvo inicio en el transcurso de la década de*

los 80 y tenía como contenido a ser enseñado en la escuela la gimnasia, el deporte, el juego, la danza, las luchas, la capoeira, etc.”

La Educación Física también era cuestionada en cuanto a su formación para el mundo del trabajo. Ante las transformaciones en el universo productivo, se demandaba, cada vez menos, las cualidades físicas en el trabajo, teniendo en cuenta el fuerte avance de la automatización en la industria brasileña. Esta minimización de la importancia de un cuerpo fuerte, ágil, resistente y flexible para la actuación en el trabajo industrial, era reforzada por el tipo de trabajador formado en las ETEPB, ya que, el técnico calificado en cuanto a las funciones manuales serían ejercidas por un operario no calificado en el lugar del técnico.

Era difícil, en aquel momento, que la Coordinación y los profesores de Educación Física cuestionasen su actuación, y adhiriesen a los nuevos paradigmas que estaban surgiendo. Ante las transformaciones político-económicas y sociales que ocurrían en Brasil, los cambios conceptuales y prácticos ciertamente traerían inestabilidad. Así, era más cómoda la estabilidad que había dado prestigio a la asignatura y a la manutención de las mismas perspectivas que atenderían a las ilusiones de la institución hasta aquel momento. Cheval (1990: 204), habla sobre la inercia de las asignaturas ante los desafíos provocados por la necesidad de cambios:

Los procesos de instalación y de funcionamiento de una asignatura se caracterizan por su preocupación, por su manera lenta y por su seguridad. La estabilidad de la asignatura así constituida no es entonces, como se piensa seguidamente, un efecto de rutina, del inmovilismo, de las personas y de las inercias inherente a la institución. Ella prevalece a partir de los logros alcanzados en la formación de los alumnos, así como su eficacia en la ejecución de las finalidades impuestas.

1.3.5 - Educación Física de la ETEPB en la década de los 90: perspectivas de cambios

La enseñanza de la Educación Física, por modalidad deportiva, fue implantada en la ETEPB a partir del año 1988 (Lima y Lima, 1995). En la década de los 90, la enseñanza de la Educación Física se procesaba de manera que, en todos los cursos de la enseñanza media, los alumnos practicaban modalidades deportivas por bimestre, correspondiendo a un total de cuatro modalidades deportivas por año, totalizando anualmente doce modalidades deportivas hasta el final de los tres primeros años, ya que en el 4^a curso la asignatura no constaba en el currículo.

Los cambios por curso estaban relacionados con los fundamentos del deporte practicado, por ejemplo: en la natación, en el primer año de la enseñanza media se enseñaba el nado libre y en el segundo, el estilo espalda; cuando no se cambiaba el fundamento, como es el caso de los deportes de cancha, los ejercicios resultaban más complejos.

En esta época, los investigadores del área de la Educación Física estaban preocupados por redimensionar las contribuciones de este componente curricular dentro de la escuela y por aclarar cuál sería su objetivo de enseñanza. Existía en el inicio de esta década, como hasta hoy, una discusión en torno al conocimiento en la especificidad de la responsabilidad social de la Educación Física escolar. Sobre las perspectivas para la década de los 90, escribió Betti (1991: 73):

La corriente que se autodenominaba “promoción de la salud” dando un nuevo colorido y una nueva visión crítica y social al viejo concepto higienista de la Educación Física, con un fuerte enfoque en la prevención, será una de las vertientes en la que deberá dirigirse la Educación Física, internacionalmente, en las próximas décadas, mas no será la única, tendremos una multiplicidad de propuestas, en la teoría y en la práctica. La cultura corporal como objeto principal del conocimiento a ser transmitido y vivenciado en la escuela es una de las perspectivas.

En el año de 1994, se realizó el Curso de Especialización en entrenamiento deportivo abierto a los profesores de la Coordinación de Educación Física (COEF). Esto dio un nuevo impulso y, de ser así, los cuestionamientos para algunos profesores fueran surgiendo, anunciando cambios.

El profesor Ovidio Lima, del cuadro de profesores de la COEF, y el profesor Orlando Lima hicieron como trabajo final del Curso de Especialización en entrenamiento un análisis crítico de la enseñanza de la Educación Física en la ETFPB. Hasta aquel momento, no había ninguna evaluación que reflexionara sobre la eficacia del trabajo en relación con los objetivos previstos y el nivel de aceptación entre los alumnos del modelo vigente. En este trabajo, Lima y Lima (1995) entrevistaron a alumnos de la ETFPB y, con base en los resultados, ampliaron a los contenidos aquellos preferidos por los alumnos. Fueron incluidos, además de los deportes, la musculación, la gimnasia general, aeróbica y localizada y, también, la natación especial para los alumnos con limitaciones, para los cuales se indicaba la práctica de actividad física en el agua. Los grupos eran formados por alumnos de cualquiera de los 3 años y de cualquiera de los cursos técnicos. Los cursos eran de 4 años, pero sólo en los tres primeros se

ofrecía la EF. Esto fue posible debido a un programa computerizado que la ETEPB tenía, facilitando la entrega de las notas, por inscripción, sin causar trastornos al final del bimestre.

En 1996, fue de mucha valía la asesoría prestada por la Coordinación Pedagógica a COEF. A través de reuniones y encuentros, las dos Coordinaciones discutieron ampliamente sobre los problemas relacionados con la práctica de la Educación Física, logrando cambios significativos en la COEF.

1.3.6 - Perspectivas de la Educación Física en el CEFET-PB en el siglo XXI

El trabajo de De Figueiredo (2000), que es una propuesta pedagógica para la enseñanza de la Educación Física en la perspectiva de la promoción de la salud en la Enseñanza Técnica, tuvo gran éxito e incentivó las discusiones, dentro del CEFET-PB, al respecto de la importancia de los contenidos relacionados con la promoción de la salud para la formación del técnico.

La profesora de Educación Física del CEFET-PB Maria Josély de Figueiredo Gomes, responsable de esta investigación, citada en el apartado anterior, fue una de las líderes de este movimiento, impartiendo conferencias, haciendo visitas a las Coordinaciones de los cursos técnicos e incluso llevando para otros Estados de Brasil la idea basada en la importancia de esta nueva propuesta de la Educación Física escolar, en el nuevo currículo por competencia y habilidad de la Enseñanza Técnica (ver apartado 2.6).

En el transcurso del año 2000, después de haber pasado toda la fase de inestabilidad de la Educación Física como un componente del currículo, de acuerdo con Castellani (1998), no sólo las escuelas profesionales, sino también en todos los niveles de enseñanza del país, la Educación Física en el CEFET-PB vivió momentos de transformaciones. Esta asignatura sólo es contemplada por la Ley hasta la enseñanza media. Sin embargo, en el año escolar de 2000, el curso técnico de Electrónica, en la sede de João Pessoa, contó con la asignatura optativa Actividad Física y Calidad de Vida que fue impartida dentro de la perspectiva de la Educación Física escolar para la promoción de la salud. Enseguida Cajazeiras adoptó esta competencia en su curso técnico de Electromecánica.

Esta nueva perspectiva en la Enseñanza Técnica abordaba la prevención en la salud a través de contenidos de la cultura corporal, dando una atención especial a la práctica del ocio, del bienestar y de una mejor calidad de vida. Además, enfocaba temas de la aptitud física y

salud individual y colectiva, que pueden contribuir a una visión más crítica y transformadora, no sólo para el estudiante técnico, específicamente, sino también para la vida del ser humano mismo.

Esta perspectiva de la promoción de la salud, calidad de vida y bienestar en la Educación Física escolar no sólo viene siendo abordada en investigaciones científicas (Pate y Cobin, 1981; Guedes y Guedes, 1993, 2001; Nahas, 1992b, 2001; Devís, 2001; Tercedor, 1998, 2001; Delgado, 1999a, 2001; entre muchos otros), sino también es un marco de la Educación Física para el nuevo siglo.

La Educación Física en el nuevo siglo en el CEFET-PB, como todas las asignaturas, sufrió una modificación considerable en su currículo. El currículo pasó a ser por competencia y habilidad, e incentiva la interdisciplinaridad y una educación para la vida, en la enseñanza media. Los CEFETs y ETFs de Brasil fueron las primeras escuelas en adaptar sus currículos, sirviendo de referencia para otras escuelas en cada estado.

La Educación Física en la enseñanza media, según indicación de los Parámetros Curriculares Nacionales (PCN) del MEC, deberá desarrollar en los alumnos las siguientes competencias y habilidades (más detalles en el apartado sobre la EF en la enseñanza media de Brasil):

- ▶ Comprender el funcionamiento del organismo humano, de forma que permita reconocer y modificar las actividades corporales, valorándola como recurso para mejoría de sus aptitudes físicas;
- ▶ Desarrollar las nociones conceptuales del esfuerzo, intensidad y frecuencia, aplicándolas en sus prácticas;
- ▶ Reflexionar sobre las informaciones específicas de la cultura corporal, siendo capaz de discernirlas y reinterpretarlas en bases científicas, adoptando una postura autónoma en la selección de actividades y procedimientos para la manutención o adquisición de la salud;
- ▶ Asumir una postura activa (relacionada con la práctica de actividad física) y conciente de su importancia en la vida del ciudadano.

Se percibe que estas competencias y habilidades tienen una estrecha relación con la perspectiva de la promoción de la salud en Educación Física escolar, cuya base es el entendimiento del por qué y para qué de la Actividad Física y de la contribución para los alumnos para vivir con mejor calidad de vida hoy y mañana.

Hay un grado de profundidad teórico⁵ muy grande en estos contenidos de los PCNs, sobre todo cuando se habla de la realidad brasileña. En la realidad de las escuelas brasileñas, y específicamente en la región nordeste de Brasil, que conocemos más a fondo, la gran mayoría de los profesores no tiene conocimiento teórico en el área de la EF hacia la salud, tampoco experiencia para aplicar esta nueva perspectiva, salvo los profesores con postgrado, que siguieron los estudios; la formación de estos profesores tiene una base sólida en el deporte, y deja que desear en relación con la AF hacia la salud; principalmente los profesores con formación antes de la década de los 90, que son la gran mayoría.

Creemos que, culturalmente el deporte tiene gran importancia, pero como contenido casi único en las clases de EF en la escuela, no se puede más ser admitido. El deporte puede hasta ser practicado en la escuela de forma competitiva, pero no sustituyendo las clases de EF y sí ser practicado como una actividad extra curricular para aquellos que tienen aptitud para la competición. Lo que tenemos que entender es que hay una minoría de alumnos en la escuela que compite en un deporte, la gran mayoría no es atleta; puede hasta practicar un deporte, pero como ocio. Lo importante es que las clases de EF deberían contemplar los conocimientos y vivencias que promocionen mejor calidad de vida hoy y mañana, lo que el deporte por sí solo, no puede ofrecer.

Los contenidos de cada área en el currículo por competencia y habilidad tienen que ser muy flexibles para adaptarse, cambiando siempre que la sociedad lo exija. Los contenidos de la Educación Física también viven este proceso. La crisis de la Educación Física escolar tuvo inicio en la década de los 80, las discusiones fueron muchas, pero lo que vemos son cursos Universitarios de Educación Física aún basados en el deporte (caso de Brasil)⁶, cuando se tiene en el mundo una corriente emergente de la prevención en la salud, de prácticas corporales alternativas, ¿este no sería un campo extraordinario para el profesor de Educación Física?

⁵ Esta constatación fue sentida en el curso realizado en São Paulo por el MEC en 2000, donde fue la representante del estado de Paraíba, los profesores representantes de cada estado brasileño no estaban, en la gran mayoría, de acuerdo ni familiarizado con esta perspectiva; y mucho peor fue la receptividad de los profesores de EF del CEFET-PB, al pasar la nueva perspectiva del MEC, era muy clara la negativa a nueva propuesta, el desconocimiento del tema, y el total apoyo a la continuidad del deporte en la escuela como objetivo principal y contenido casi único.

⁶ No queremos entrar en la discusión sobre el currículo de los cursos de EF en las Universidades brasileñas, aunque algunas Universidades en Brasil empiezan a cambiar sus currículos, en las escuelas de Paraíba aún es muy pequeña la percepción de cambios en el área de la EF.

Hoy la vida moderna necesita de una Educación Física en la escuela que tenga compromiso con la calidad de vida, con la promoción de la salud, con el bienestar. Son crecientes los niveles de enfermedades degenerativas, asociadas *con el* estilo de vida inactivo, estresante y mal conducido. ¿La Educación Física en la escuela no debería contribuir en este aspecto?

Las investigaciones ponen de relieve una tendencia mundial de las políticas públicas que se preocupan de la creciente ola de las enfermedades modernas, esto porque la prevención, más que antes, tiene un papel indispensable en el control de estas enfermedades.

Existe una corriente de profesores de Educación Física escolar en Brasil muy preocupada por la cuestión de proporcionar autonomía a los alumnos para ejercitarse, como además con el deporte como el contenido casi único en las clases de Educación Física. No se defiende la extinción del deporte como un contenido de la Educación Física escolar, lo que se cree es que el deporte es solamente uno de los contenidos, y que hoy en la sociedad moderna existen preocupaciones eminentes por la promoción de la salud y el descontrolado consumismo en el área de la salud, y ¿el profesor de Educación Física no debería adaptarse a las nuevas exigencias mundiales de forma crítica y además entendiendo la especificidad de su entorno?

En los años de 2000 y 2001, la Coordinación de Educación Física ofreció una opción de práctica de Actividad Física en la perspectiva de la promoción de la salud. Enseñaremos a continuación como eran estas clases:

- ▶ Los contenidos eran variados: deporte, musculación, gimnasia, estiramiento, natación, hidrogimnasia, AF en la naturaleza, entre otras;
- ▶ Era incentivada la autonomía de estos alumnos a la práctica de Actividad Física en aquel entonces y además había una preocupación por la continuidad en el futuro;
- ▶ Había clases teóricas sobre el conocimiento básico y crítico de la Educación Física en la perspectiva de la promoción de la salud;
- ▶ La metodología utilizada incentivaba a la creatividad y autonomía, con conferencias con profesores de otros centros, con presentación de seminarios, presentación de exposiciones relacionadas con la Educación Física, siempre incentivando la participación de la comunidad del CEFET-PB y de la ciudad.

En el año de 2003, a pesar de toda reforma y sugerencia de los PCNs en la Educación Física y de la experiencia positiva vivida en los años de 2001 y 2002, en la enseñanza media y técnica el CEFET-PB se sigue como en la década de los 90 (anexo - 3), teniendo el deporte como contenido principal, sin ofrecer la opción de la promoción de salud, en ninguno de los dos niveles de enseñanza. La profesora que impartía estas clases se encuentra hoy dada de baja del CEFET-PB, haciendo postgrado, y no hubo ningún profesor en la activa dispuesto a seguir su trabajo en la sede de João Pessoa. En Cajazeiras se ofreció competencias en la perspectiva de la promoción de la salud en la Enseñanza Técnica hasta el año 2004, por el motivo de la profesora responsable encontrarse trabajando en la sed de João Pessoa.

En verdad, está siendo muy difícil en Brasil la incorporación de la reforma educacional, en el CEFET-PB, las asignaturas de la enseñanza media aún no siguen el modelo por competencia y habilidad, tampoco la Educación Física incorporó las sugerencias de los PCNs. Con el cambio del gobierno, aún no se sabe como seguirá esta reforma. En la Enseñanza Técnica, la reforma ya es una realidad, como propuesta del gobierno anterior.

De hecho, la reforma fue rápida y sin discusión amplia, de alguna forma radical, pero la capacitación de uno de los principales integrantes, los profesores, no fue considerada.

Los problemas políticos y económicos por que pasa Brasil desde hace algún tiempo, no pueden impedir los cambios necesarios en la Educación Física en la enseñanza media y Enseñanza Técnica del CEFET-PB.

La lucha por la incorporación de un determinado contenido en el currículo es una lucha también de poder. Hay una jerarquía de las asignaturas en la historia; en la enseñanza profesional de Brasil, son muchos los contenidos que buscan su lugar hoy, y la Educación Física en la perspectiva de la promoción de la salud participa de esta lucha. Estamos de acuerdo con la idea de De Figueiredo (2000: 101), cuando dijo:

La EF para la Enseñanza Técnica es una propuesta nueva en las investigaciones relacionadas con la EF escolar en Brasil, situarse dentro de una perspectiva que surgió adaptándose al nuevo momento histórico que se vive. Esta perspectiva utiliza la interdisciplinaridad, entre varios contenidos de salud, para atender las necesidades del nuevo modelo del currículo de este nivel de enseñanza. Por lo tanto la EF debería tener su lugar en la Enseñanza Técnica, no solamente contemplando el lado humano de

la educación, sino también valorando los intereses de las empresas en relación con la formación profesional más consciente para el nuevo contexto social urbanizado.

1.4 - LA EDUCACIÓN FÍSICA EN LA ESPECIFICIDAD DE LA ENSEÑANZA TÉCNICA DE BRASIL

Es histórico, como fue visto en los apartados anteriores, la vinculación de la Educación Física y la Enseñanza Profesional en Brasil. En las ETFs y CEFETs de todo Brasil, la Educación Física siempre tuvo su lugar garantizado, y la más grande confirmación de esta afirmación, es la estructura física que disponen estos Centros Federales en Brasil, que casi en su totalidad, tienen: piscina, pista de atletismo, campo de fútbol, gimnasios de óptima calidad, salón de musculación y además dispone de materiales para la práctica de Actividad Física y deportiva.

Esta fuerte unión que existe históricamente, en el periodo de aproximadamente sesenta años, de la Educación Física escolar con la enseñanza profesional en Brasil, se dio por la relación de estas instituciones con el mundo del trabajo. Esto ocurrió por las características de esta enseñanza de transmitir saberes más utilitarios, como afirma Tanguy (1986 citado por Gariglio, 1997: 105): *“esa enseñanza no transmite solamente conocimiento, sino que los utiliza para actuar sobre las cosas, esto es, se destina a los estudios de los procedimientos de producción.”* Debido a que esta enseñanza tiene como característica una forma independiente de manipular el conocimiento, tiene también un ideario pedagógico propio. Por último, se puede decir que la aproximación de la Educación Física con la formación del técnico se dio por el carácter operacional e instrumental en el trato del conocimiento típico de la enseñanza profesional.

Dicho de otra manera, las ETFs y CEFETs en Brasil tienen una forma de educación más comprometida con la cultura que los otros centros educacionales, probablemente por su buena estructura artística y deportiva y por su relación con la comunidad (Gariglio, 1997). Casi todas las escuelas disponen de banda de música, coral, grupos de teatro, equipos deportivos, etcétera y la rutina cotidiana escolar está más vinculada con los problemas sociales, ya que estas instituciones tienen un compromiso social más amplio y también siempre fue vista por la comunidad como una institución de referencia en educación.

Además de las características mencionadas anteriormente, la relación con el mundo laboral, la forma como organiza la transmisión del conocimiento, la especificidad de sus ambientes y de sus instrumentos de clase (laboratorios, piezas, tornos, cables, motores,

máquinas, ordenadores, entre otros) hace que las escuelas profesionales inscriban en la preparación de la futura mano de obra estas diferencias de ritmos, de hábitos, de movilización del cerebro, de los músculos, de los nervios.

Aun con toda modernidad tecnológica, siguen siendo indispensables para la formación del trabajador cualidades tales como sumisión, disciplina, ordenamiento del cuerpo en el espacio y en el tiempo (Frigotto, 1998b). Dichas cualidades son imprescindibles al proceso de acumulación en la sociedad industrial, lo que se concretiza por el control sobre los participantes y sobre las actividades desarrolladas. En este sentido, afirma Varela (1995 citado por Gariglio, 1997):

La acumulación de hombres, su disciplina, su clasificación, la jerarquía y normalización fue tan decisiva para el triunfo de la revolución industrial como la acumulación de riquezas.

De esta forma, la Educación Física, aunque teniendo una “naturaleza” vinculada a las prácticas que se asocian a las formas de movimientos más lúdicas, que privilegian la gratuidad y el ocio, sigue teniendo en la educación profesional características disciplinadoras, necesarias a la formación del trabajador (De Figueiredo, 2000).

Sin embargo, la formación profesional, en estos nuevos tiempos, se orienta hacia un nuevo perfil de trabajador. Azevedo (1991: 81) afirma, que “*esas competencias se resumen en: iniciativa, dinamismo, creatividad, trabajo en grupo, raciocinio, toma de decisión, resolución de problemas, obtención y utilización de la información, comunicación, planificación*”, y acrecentaríamos, la flexibilidad para integrarse a las diferentes formas de realización y organización del trabajo.

La perspectiva disciplinar, dicha anteriormente, pasa a ser cuestionada a partir de la implementación de la reforma de la enseñanza profesional en Brasil. Ahora, las directrices Curriculares Nacionales traen una visión más amplia y flexible para la Enseñanza Técnica. Así, la Educación Física ofrecida para la enseñanza profesional de nivel técnico, además de una práctica lúdica, placentera y disciplinar, deberá encuadrarse a las nuevas perspectivas para la formación del trabajador moderno, contemplando la formación del técnico dentro de una nueva dimensión educativa teórica y práctica.

De esta forma, las atribuciones sociales de la Educación Física en el currículo de una escuela profesional de nivel técnico son pertinentes, pues podrían aportar respecto al

desarrollo de las habilidades de sociabilidad, o sea, trabajo en grupo. Esas competencias pasan a tener gran importancia en el proceso de formación del alumno, debido al aumento de la exigencia hecha a los trabajadores en cuanto a su capacidad de comunicación, de organización y de integración, procedimientos cada vez más exigidos en el proceso productivo.

Se sabe que en la escuela, a la hora de seleccionar los elementos de la cultura considerados valiosos para su transmisión, no todos los conocimientos, creencias, normas, etc. tienen el mismo peso específico, de modo que son los grupos dominantes los que determinan la elección, excluyendo u omitiendo unos, incorporando otros, estableciendo jerarquías, etc. (Pascual, 1998).

En el caso de la Enseñanza Técnica de Brasil, cuyos contenidos técnicos tienen su lugar garantizado y los demás conocimientos establecen una competencia, la EF por si sola no puede garantizar su espacio, habiendo que ampliar su perspectiva hacia la educación para la salud (EPS) para justificar su lugar en el currículo de la Enseñanza Técnica.

En el currículo crítico, el conocimiento debe ser presentado como dinámico, problemático, cuestionable y no como algo neutro, libre de valores y “dado por supuesto”, que en el caso de la AF y la salud, no ayude a comprender cuáles son las causas por las que reaparece con tanta fuerza el interés por la salud en el currículo escolar, qué intereses han movido esta reaparición (económicos, sociales, políticos, en el profesorado), etc.

El aspecto ideológico que se refiere a la concepción individualista a la hora de aportar el tema de la AF y salud, está también bastante extendida la idea de que estar sano es una responsabilidad individual en el que cada individuo tiene el control de las decisiones que tome al respecto. De este modo, se omite el conocimiento de que hay aspectos contextuales que condicionan las decisiones individuales.

Sin embargo, la EF en la perspectiva de la salud, se entiende que, depende de la responsabilidad individual pero también política y social, en tanto que las elecciones individuales están limitadas por factores del entorno, a medida que las estructuras sociales pueden facilitar o constreñir las tomadas de decisiones individuales.

Otro aspecto ideológico importante en el currículo nos sitúa ante la salud como un producto de consumo, en vez de un bien (o algo valioso) al que todos deberían tener la oportunidad de acceder (Naidoo, 1991). Entendida como un producto de consumo, en el

modelo económico de libre mercado en el que nos encontramos, el individuo libremente puede decidir acceder o no a él. Esta visión mercantilista descarta que estas elecciones puedan estar limitadas por el entorno, por lo que al tratarse de un bien, al igual que la educación, debería rechazarse cualquier aproximación comercial.

Por lo tanto, antes de plantear la cuestión de la ausencia de la EF en la perspectiva de la EPS en la Enseñanza Técnica se tendrá que considerar todos los aspectos ideológicos relacionados con esta temática a lo largo de su proceso histórico, y así construir críticamente la implantación de estas competencias en el currículo. Pascual (2001) llama la atención para que se esté atento a la hora de plantear una comprensión entre la AF y su relación con la salud. Se debe considerar algunos aspectos como: cuestionar aquellas creencias que se han convertido en “regímenes de verdad”; aportar visiones alternativas a la dominante como la concepción de una multiplicidad de estéticas corporales en vez de una única estética de los cuerpos; destacar los intereses económicos y políticos que hay detrás de este fenómeno y cuestionar la visión individualista de la AF y la salud como un conocimiento reduccionista.

La Educación Física, que deberá ser aportada para los cursos técnicos, debe abarcar otras dimensiones, diferenciándose de lo que ha sido visto hasta hoy en estas instituciones brasileñas, o sea, una Educación Física basada casi exclusivamente en prácticas deportivas, excesivamente prácticas y con poco o ninguna orientación teórica. La perspectiva más adecuada, sin querer disminuir la importancia de los objetivos socios afectivos y culturales, es de la promoción de la salud dentro de una perspectiva crítica (ver apartado 2.6).

Esta Educación Física para los alumnos de la Enseñanza Técnica, tiene un abordaje prioritariamente didáctico-pedagógico, consistiendo en la articulación de la práctica con la teoría de los contenidos abordados, relativos a la AF hacia la salud y de la promoción de la salud relacionada con los hábitos de vida. Concordamos con Oyama (1995: 73) cuando dijo:

La institución escolar es un lugar privilegiado para la adquisición, reflexión y transmisión de conocimientos producidos por la sociedad. La Educación Física escolar no puede estar alienada, por el contrario, necesita asumir su papel en el proceso de formación en la escuela.

Estos alumnos de nivel técnico deberán vivenciar las prácticas de Actividades Físicas entendiendo el por qué y para qué hoy y mañana de estas actividades, y abordarán temáticas relacionadas con la salud individual y colectiva situándose en el momento histórico actual,

conviviendo con procesos metodológicos que estimulen su capacidad creativa y transformadora de cara a un mundo mejor en el trabajo y en la vida en general. Desde esta perspectiva, es importante destacar metodologías que estimulen la creatividad, la criticidad y la transformación, como resalta Oliveira (1985: 57):

Formar hábitos mecánicos e instalar la uniformidad de conductas es, obviamente, tarea más fácil de la que intentar asegurar para el individuo equilibrio mental y emocional (...) capaz de tomar sus propias decisiones.

La Educación Física de la que hablamos para la formación del técnico no sería una forma de adiestramiento, imponiendo hábitos y estilo de vida, sino una vivencia conjunta, profesor alumnos, utilizando una metodología de enseñanza transformadora para reconocer, descubrir y trascender los límites de la realidad social moderna.

Es imprescindible, desde esta perspectiva de la Educación Física hacia la formación del técnico, no perder el vínculo con el placer, lo lúdico, el ocio, el movimiento, vista desde una forma social, cultural y emocional.

CAPÍTULO 1 - MARCO TEÓRICO

2 - LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CONTEXTO ESCOLAR



Existe un amplio acuerdo acerca de la importancia de la escuela como escenario privilegiado de educación para la salud. Ningún otro contexto comunitario relacionado con la salud se aproxima a la magnitud de la empresa educativa escolar (Costa y López, 1998).

En este capítulo, presentamos un recorrido sobre la temática de la promoción de la salud (PS) en el contexto escolar. Asimismo, describimos la perspectiva de la educación para la salud (EPS) en la escuela, es decir, la relación entre la Educación Física y la EPS y la presencia de la temática de la Actividad Física hacia la salud en el sistema educativo brasileño actual. Finalmente, proponemos una nueva perspectiva de la Actividad Física hacia la salud en la Enseñanza Técnica del Brasil.

2.1 - LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

El concepto de salud que manejamos en este trabajo es el establecido en Québec en 1995, en el *Forum Mundial de Actividad Física, Salud y Bienestar*, que considera la salud no solamente como la ausencia de enfermedad, sino una multiplicidad de aspectos del comportamiento humano orientados hacia un estado de completo bienestar físico, psicológico y social.

Fergusson (1980) citado por Germán y Marcén (2000), apunta hacia un cambio en el paradigma en la salud y encaminándolo hacia una mejor acomodación a nuestras creencias.

Tabla 1.4. Paradigma emergente de la salud

Paradigma Tradicional	Aspectos	Paradigma Emergente
La persona 1.El cuerpo es una máquina buena, o mala, reparable 2.Cuerpo y mente están separados; la enfermedad psicosomática es mental, debe ser tratada por el psiquiatra 3.La mente es un factor secundario en la enfermedad orgánica	1.El Cuerpo 2.El cuerpo y la mente 3.La mente	1.El cuerpo es visto como un sistema dinámico en un contexto determinado interrelacionado 2.Perspectiva cuerpo-mente; enfermedad psicosomática es la esfera de todo un cuidado de salud 3. La mente es primero o igual factor en toda enfermedad
La Enfermedad 1.Enfermedad o incapacidad, vistas como cosa o entidad 2.Dolor y enfermedad son totalmente negativos		1.Enfermedad o incapacidad, vistas como un proceso 2.Dolor y enfermedad son información sobre el conflicto y desarmonía
El Diagnóstico 1.Especialización 2.Dependencia primaria de información cuantitativa (gráfica, tests, fechas)		1.La integración comprende al paciente en su totalidad 2.Dependencia primaria en información cualitativa que incluye: lo subjetivo y la intuición profesional; datos cuantitativos ajustados

Tabla 1.4. Paradigma emergente de la salud (continuación)

Paradigma Tradicional	Aspectos	Paradigma Emergente
La Prevención 1.Prevencción en gran parte ambiental: vitaminas, descanso, ejercicio, inmunización, no fumar...		1.Prevencción es sinónimo de globalidad de trabajo, relaciones, metas, cuerpo-mente y espíritu
El Tratamiento 1.Énfasis en la eliminación de los síntomas de las enfermedades 2.Tratamiento de síntomas 3.Intervenciones primarias con medicamentos y cirugías 4.El efecto placebo muestra el poder de la sugestión	1.Objetivos 2.Tratamiento médico 3.Tratamiento quirúrgico 4.Tratamiento farmacológico	1.Énfasis en el logro del bienestar (metasalud) 2.Búsqueda de modelos causales más tratamiento de síntomas 3.Intervenciones mínimas con tecnologías apropiadas, complementada con técnicas no invasivas (psicoterapia, dieta y ejercicio) 4.El efecto placebo muestra el rol de la mente en la enfermedad y curación
Los Roles 1.Los profesionales deben ser emocionalmente neutros 2.El profesional es la autoridad 3.El profesional es dependiente	1.Oficio sanitario 3.Oficio paciente	1.El cuidado afectivo profesional es un componente de la curación 2. El profesional es un socio (partner) 3.El paciente es o debería ser autónomo

Fuente: Gérman, C. y Marcén, C. (2000). Nuevo Paradigma de Salud. En: Antonio Frias Osuna (org.). *Salud Pública y Educación para la salud* (pp.15-25). Barcelona: Masson.

El concepto de promoción de la salud que manejamos es, como dijo Da Silva y Marchi (1997), un proceso destinado a habilitar a las personas y / o los grupos a mejorar el control sobre la salud, alcanzando un buen nivel de bienestar físico, psicológico y social. La promoción de la salud debe relacionarse más con la calidad de vida, y se distancia del acto puro y sencillo de evitar enfermedades.

La promoción de la salud tiene un concepto similar al de la EPS: *“ambos cuentan, entre sus objetivos, con capacitar a los individuos para que incrementen sus posibilidades de decisión al conocer sus responsabilidades y sus limitaciones; ello les facilitará la adopción de decisiones y la capacidad de proyectarse hacia el mundo social de manera constructiva”* (Davó y Ruiz, 2001).

La carta de Ottawa sobre promoción de la salud (PS), elaborada en 1986, en la Conferencia Internacional para la PS, señala cinco estrategias para actuar sobre los factores que determinan el nivel de salud de una comunidad (OMS, 1987):

1. Desarrollar políticas que apoyen la salud;
2. Crear entornos favorables a la salud;
3. Desarrollar aptitudes y recursos individuales;
4. Reforzar la acción comunitaria;

5. Reorientar los servicios de salud.

Es evidente que el concepto de la promoción de salud es más amplio que el de la EPS, pero no es menos evidente que en estas cinco estrategias para promocionar la salud hay aspectos educativos importantes.

En la II Conferencia Internacional de PS celebrada en Adelaida (Australia) en 1988, se puso de manifiesto la importancia de las políticas públicas saludables. En esta conferencia, se plantea que el principal objetivo de una política pública saludable es crear ambientes que permitan, a la población, llevar una vida sana y en donde las opciones más saludables sean fáciles de adoptar (OMS, 1988).

En Sundswall (Suecia), en junio de 1991, se celebra la III Conferencia Internacional sobre la PS, que se centró en el “Desarrollo de ambientes saludables”. La conferencia adoptó dos principios fundamentales en los que deben basarse todas las políticas y acciones orientadas a mejorar el medio ambiente: la equidad, que pasa por la distribución de los recursos y de la responsabilidad de forma equitativa; y la interdependencia de todos los seres entre si a la hora de garantizar su desarrollo. Se establecieron tres líneas de intervención para mejorar el medio ambiente: reducir la actividad económica y tecnológica ajustándola al desarrollo sostenible; crear ambientes de apoyo en sus dimensiones social, política y económica; y aumentar la equidad (Náreja, 1996).

La Declaración de Yakarta sobre la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, realizada en 1997, confirma las estrategias de la Carta de Ottawa de 1986, pero añade las ideas de que los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más eficaces; los escenarios para la salud ofrecen oportunidades para su aplicación; la participación de las personas es esencial; la educación es necesaria para conseguir esta participación (Náreja, 1996).

Esta declaración insiste en la educación y participación en la tarea de transformación de los escenarios para llevar a cabo la promoción de la salud. Da un paso más sobre la Carta de Ottawa al recomendar la alfabetización sanitaria de la población, ofreciendo a todos, educación e información no sólo de los factores de riesgos, sino también de las posibilidades de mejorar su calidad de vida y, de esta forma, poder participar en la toma de decisiones.

La promoción de la salud en la escuela tendría como líneas de acción las que se exponen en la Tabla 1.5 (Young y Williams, 1989).

Tabla 1.5. Líneas de acción de la promoción de la salud en la escuela

<u>CONSIDERAR TODAS LAS DIMENSIONES DE LA SALUD</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reconocer la importancia y promover la autoestima para lograr un buen estado de salud ▶ Incluir los temas de salud dentro del currículo escolar ▶ Establecer relaciones entre la escuela primaria y secundaria para impulsar programas de EPS
<u>CONSIDERAR TODAS LAS DIMENSIONES DE LA SALUD</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Promover la salud y el bienestar del alumnado y de todo el personal del centro ▶ Conferir al profesor un papel de referencia en la EPS ▶ Combinar diferentes métodos educativos para desarrollar habilidades y conductas saludables
<u>CONSIDERAR TODAS LAS DIMENSIONES DE LA SALUD</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reconocer la importancia y promover la autoestima para lograr un buen estado de salud ▶ Incluir los temas de salud dentro del currículo escolar ▶ Establecer relaciones entre la escuela primaria y secundaria para impulsar programas de EPS ▶ Promover la salud y el bienestar del alumnado y de todo el personal del centro ▶ Conferir al profesor un papel de referencia en la EPS ▶ Combinar diferentes métodos educativos para desarrollar habilidades y conductas saludables
<u>CONSIDERAR LA IMPORTANCIA DE LOS ASPECTOS DE LA VIDA DEL CENTRO EDUCATIVO Y SUS RELACIONES CON LA COMUNIDAD</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Favorecer las buenas relaciones en la vida escolar cotidiana ▶ Facilitar la información y los canales de participación en la escuela ▶ Proponer retos estimulantes para todo alumnado ▶ Tener en cuenta y mejorar los aspectos arquitectónicos y urbanísticos del entorno físico del centro, así como su efecto psicológico sobre profesores, alumnos y personal no docente ▶ Valorar los profesores como modelos ▶ Centrarse en la participación activa de los alumnos ▶ Fomentar lazos sólidos entre la escuela, el medio familiar y la comunidad ▶ Contar con el apoyo y la cooperación de los padres ▶ Aprovechar los servicios de la comunidad como apoyo a los programas y actividades de promoción y EPS ▶ Utilizar los servicios de salud como un recurso educativo para la promoción de la salud y el desarrollo de actividades de salud

Fuente: Young, Y. y Williams, T. (1989). *The Healthy School*.

La comunidad escolar no se compone solamente de alumnos y profesores. Las familias de los alumnos, el personal de la administración, el representante municipal, los conserjes, el personal de cocina y de limpieza tienen el derecho y el deber de participar en las decisiones del proceso educativo. Por tanto, en las funciones de promoción de la salud (defensa, capacitación y mediación), los representantes pueden y deben desempeñar un papel activo. A continuación, en la Tabla - 1.6, se muestran las funciones integrantes de la comunidad escolar en la promoción de la salud en el caso de España (Davó y Ruiz, 2001).

Tabla 1.6. Funciones integrante de la comunidad escolar en la promoción de la salud

	DEFENSA	CAPACITACIÓN	MEDIACIÓN
<u>Alumnos</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Valoración y apoyo activo de su escuela -Reconocimiento, valoración y manifestación de las necesidades propias y las de los compañeros 	<ul style="list-style-type: none"> -Participación activa en el diseño, realización y evaluación de actividades educativas -Transmisión de sus aprendizajes a sus entornos próximos 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el diálogo entre los compañeros, así como entre los compañeros y los profesores - Negociar los intereses del aula con el profesor y con el resto de la comunidad escolar
<u>Profesores</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicación de los principios de la LOGSE, desarrollando los contenidos del currículo en el aula -Interesarse por la realidad que rodea al niño para lograr la identificación de problemas, denuncia de problemas y propuesta de soluciones -Favorecer los mecanismos de participación por parte de los alumnos (implicación con “voz y voto” de los niños) en el proceso educativo y en la vida escolar 	<ul style="list-style-type: none"> -Formación en el conocimiento, actitudes y habilidades saludables de los niños -Concienciación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud a padres y otros miembros de la comunidad -Considerar las opiniones de los padres y de otros profesionales para planificar y realizar actividades educativas en relación con la salud 	<ul style="list-style-type: none"> -Escucha de los problemas de los niños, de los padres y de la comunidad - Papel de tranquilizadores en situaciones de conflicto -Negociación entre los intereses de los niños, los padres, la administración y la comunidad -Pactar y armonizar la coordinación entre profesores
<u>Administración</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Regulación de la participación democrática de los miembros de la comunidad escolar -Adaptación del CV a la realidad y necesidad del niño -Reconocimiento de la salud como un derecho y una necesidad -Redistribución equitativa de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> -Facilitar la formación de los profesores para la detección precoz de problemas, y la puesta en marcha de planes docentes relacionados con la salud (cursos, materiales y herramientas didácticas) -Facilitar la formación de otros profesionales de la comunidad escolar -Informar y formar a las asociaciones de padres y alumnos 	<ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar recursos humanos y materiales para la coordinación entre los integrantes de la comunidad escolar
<u>Padres</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Cuidado del desarrollo integral del niño en el ámbito doméstico y en el escolar -Implicación para la denuncia y solución de los problemas infantiles y sus causas, tanto en el ámbito escolar como en el comunitario 	<ul style="list-style-type: none"> -Responsabilizarse de una formación integral del niño como ser humano -Proporcionar información a la escuela sobre la evolución del niño, para que las actuaciones docentes se enmarquen en su realidad vital 	<ul style="list-style-type: none"> -Establecer vías de comunicación entre los intereses de los alumnos y de los profesores -Concertar acuerdos con la administración

Tabla 1.6. Funciones integrante de la comunidad escolar en la promoción de la salud (continuación)

	DEFENSA	CAPACITACIÓN	MEDIACIÓN
Otros profesionales	-Cuidado de la seguridad del centro, dietas equilibradas y denuncia de posibles irregularidades, tanto físicas como en las conductas de los integrantes de la comunidad escolar	-Información a profesores, padres y niños sobre las conductas y necesidades del niño, así como de los factores de riesgos para la salud -Proporcionar alternativas de prevención y control de los problemas de salud	-Desarrollar actitudes de aproximación entre la comunidad escolar y sanitaria -Interceder en otros intereses de los niños al margen de los estrictamente educativos -Conciliar posturas diferentes a favor de la salud del niño

Fuente: Davó, M^a y Ruiz, M^a. (2001). Escuelas Saludables. En: C. Colomer, y Carlos Álvarez (coord.). 2001. *Promoción de la salud y Cambio Social* (pp. 145-161). Barcelona: Masson.

En complemento a la idea que ha sido expuesta anteriormente, la PS no puede ser considerada como una serie de acciones encaminadas únicamente hacia el individuo, sino que tiene un mayor campo de actuación. Concordamos con Minkler (1989), cuando dijo:

“Las actividades dirigidas a la promoción de estilos de vida saludables, basadas exclusivamente en estrategias orientadas en los cambios de comportamientos individuales, tienen el peligro de culpabilizar a las personas de su posible falta de salud, de tratar a la enfermedad como si fuese el resultado absoluto de un fracaso personal, dejando de lado los riesgos del entorno e ignorando la conexión existente entre los comportamientos individuales y las normas y estímulos sociales”.

Estas estrategias instruyen a las personas a ser individualmente responsables, sin tener en cuenta la capacidad de responder a sus necesidades personales o a los problemas del medio, en una época en la que individualmente cada vez somos menos capaces de controlar nuestro entorno relacionado con la salud.

Para promover la salud no es suficiente sólo informar. Es necesaria una comunicación emancipadora, en la que los sujetos estén involucrados en la acción educativa, formativa y crítica, teniendo en cuenta la reconstrucción del saber de la escuela y la formación continuada de los docentes. Promover la salud implica y requiere tener paz, educación, alimentación, renta, ecosistema saludable, recursos sustentables, justicia y equidad, y desarrollar acciones de promover la salud. En el contexto escolar, tiene relación con el respeto a las posibilidades

y a los límites del cuerpo, del intelecto y de las emociones, de la participación social y del establecimiento de alianzas (Informe Salud, año VI, 2002).

2.2 - LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ESCUELA EN EL CASO DE BRASIL

Las escuelas promotoras de la salud (health promoting schools) se definen como *aquellas que refuerzan constantemente su capacidad como un lugar saludable para vivir, aprender y trabajar* (Promoción de la salud a través de la escuela. Informe de un Comité experto sobre Educación y Promoción de Salud integral en la Escuela, OMS, Serie de Informes Técnicos 870, 1997 citado en Glosario de Promoción de Salud, 1999: 23). Tal y como queda reflejado en este Glosario (op.cit., 23-4), *con el fin de conseguir este objetivo, una escuela promotora de salud implica al personal de salud y de educación, a los profesores, estudiantes, padres y líderes de la comunidad, en la tarea de promover a salud. Fomenta la salud y el aprendizaje de todos los medios a su alcance, y hace todo lo que está en su mano para ofrecer ambientes favorables para la salud y una serie de programas y servicios claves para promoción y EPS. Una escuela promotora de la salud aplica políticas, prácticas y otras medidas que respeten la autoestima del individuo, ofrece oportunidades múltiples de desarrollo y reconoce sus esfuerzos e intenciones, al igual que los logros personales. Hace todo lo que está en su mano para mejorar la salud del personal del centro, las familias y los miembros de la comunidad, además de los estudiantes, y trabaja con líderes de la comunidad para ayudarles a comprender cómo puede la comunidad contribuir a la salud y a la educación. Existen redes internacionales, nacionales y regionales de escuelas promotoras de salud, auspiciadas por la OMS en su programa de Salud Escolar Mundial* (Delgado y Tercedor, 2002: 40).

La Red europea de escuelas promotoras de salud (REEPS) es un proyecto que surgió en 1992 impulsado por la OMS e la Unión Europea a propuesta de algunos expertos en salud y educación. En la actualidad en este proyecto participan 40 países del ámbito comunitario. España se sumó a este proyecto en el curso de 1993-1994 con 10 centros pilotos (OMS, 1995 citado por Davó y Ruiz, 2001).

La escuela saludable en el caso de Brasil es muy joven. Empezó a dar sus primeros pasos en el nuevo milenio, diferente del contexto de la Comunidad Europea; que además de tener más recursos, más apoyo institucional y menos problemas de orden educativo y sanitario

para implementación de estos proyectos, ya desarrollan estas acciones desde hace más de diez años.

En Brasil, de acuerdo con el Censo Escolar 2000, existen 345.527 escuelas para la formación de valores y hábitos favorables a la salud. En esta red de escuelas, se observa el predominio de escuelas públicas. De las 181.504 escuelas de la enseñanza fundamental, 163.368 son de las redes públicas de enseñanza. Lo mismo ocurre con la enseñanza media – de las 19.456 escuelas, 13.227 son públicas – y en la educación de jóvenes y adultos – de las 20.892, 18.933 son públicas –. Una acción hacia esa red pública de enseñanza tendrá una dimensión excepcional desde el punto de vista geográfico y poblacional. Solamente en el año 2000, 35.717.948 inscripciones realizadas en la enseñanza fundamental, 8.192.948, en la enseñanza media, y 3.140.830, en la educación de jóvenes y adultos. Es un público que demanda acción educativa en salud y se merece el desarrollo de acciones integradas y fuertes para que se alcance logro e impacto (Informe Salud, año VI, 2002).

Según los datos del área técnica de salud del adolescente y del joven de la Secretaria de Políticas Públicas de Salud del Ministerio de la Salud, más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años de edad. En el caso brasileño, la población entre 10 y 24 años presenta un tercio de la población general, lo que significa más de 51 millones de jóvenes. La situación de la juventud brasileña merece atención especial una vez que los datos apuntan hacia un incremento del número de muertes a raíz de la violencia, del aumento del paro, del embarazo precoz, del número de casos de enfermedades transmitidas sexualmente, de la relación de esta población con las drogas y su tráfico. Para tener una idea del impacto de la violencia en este grupo poblacional, a depender de la región, más del 70% de estos jóvenes mueren víctimas de causas extremas (homicidio, agresión, accidente de tráfico y suicidio). Es muy expresivo el número de estos jóvenes que ya tuvo algún tipo de relación con las drogas, y por esta razón, se encuentran en algún tipo de medida socioeducativa. (Ministerio de Sanidad, Brasil, 2003).

Por lo tanto, es muy razonable que una medida, relacionada con la PS, esté asociada a la escuela, donde se encuentra gran parte de esta población.

La Portería Interministerial 766 / GM, de 17 de mayo de 2001, para la elaboración de los PCN en Acción – temas transversales salud y orientación sexual – establece un pacto entre

el Ministerio de la Salud y el Ministerio de la Educación, paso importante en una acción integrada que tendrá, de inicio, el alcance de 2.779 ciudades que adherirán al programa PCN en Acción. El programa cuenta con una red nacional de formadores compuesta de 167 consultores contratados, que actúan en los 301 polos de formación constituidos. Los números que expresan la dimensión de la ejecución del programa apuntan hacia 20.815 coordinadores de grupo y 384.109 profesores distribuidos en todo Brasil.

En esta estrategia de acción intersectorial, están siendo agregadas instancias políticas de ambos sectores – salud y educación – para la elaboración, ejecución y evaluación de una iniciativa conjunta (Consejo Nacional de Secretarías Estaduales de Educación, de la Unión Nacional de los Secretarios Municipales de Educación, del Consejo Nacional de Secretarios Estaduales de Salud, Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud) y de la Organización Pan-Americana de Salud, en Brasil (MEC, Brasil - Secretaria de Educación Fundamental, 2002).

La elaboración colectiva de los PCNs en Acción Salud es un hecho significativo para la educación y la salud en Brasil y la certeza de que se pueda pensar ambos los sectores bajo una óptica más integradora. Elaborar los parámetros y participar en la formación continuada de los profesores es construir una nueva cultura, en la que la educación y la salud tengan sentido y significado más integral y que resulten en proyectos de vida más sanos.

Las acciones del gobierno brasileño en relación con la implementación de escuela promotora de la salud aún están muy relacionadas con la implantación de los Parámetros Curriculares Nacionales (PCN), cuando se sabe que la escuela saludable debería ser mucho más amplia, relacionando políticas y acciones que involucren a todos los que forman parte del contexto: los profesores, los funcionarios, los alumnos, la familia, toda la comunidad.

Según Amigo y cols. (2003), los primeros programas de promoción de la salud en la escuela, básicamente orientados a proporcionar información, no provocaron cambios sustanciales en relación con los comportamientos específicos. En consecuencia, los programas más recientes se orientan hacia el desarrollo de habilidades de afrontamiento conforme a los objetivos propuestos (comunicación, asertivo, resolución de conflictos, competencia social, etcétera). Además, los programas más eficaces, centrarse en las personas, incluyen

componentes orientados hacia los contextos en los que interactúa el participante (trabajo con familia, grupos iguales, etcétera).

La intención conjunta de construir una nueva mentalidad en la perspectiva de la PS es un hecho brillante y de óptima intención. El desafío radica en cómo será puesta en marcha su aplicación en Brasil, donde la educación pública sobrevive a una realidad crítica, principalmente en los centros mantenidos por el estado y los municipios. Los agentes formadores, los profesores, ¿reúnen condiciones intelectuales desde esta perspectiva? ¿Un curso de capacitación breve, cambiará esta realidad? Y las escuelas, ¿disponen de recursos físicos y materiales para impartir este tipo de programa? Sería una contradicción tener condiciones materiales para impartir un programa de PS, y no tener las mismas condiciones para seguir adelante el programa didáctico pedagógico de la escuela.

No es una visión pesimista, sino realista de la educación en Brasil. Este tipo de proyectos siempre será muy bienvenido en un país como Brasil, tan carente de políticas públicas que beneficien lo social; lo que pasa es que la estructura política y educativa también tiene que cambiar, y no se tiene la ilusión de que un programa por sí sólo resolverá la problemática de la PS en las escuelas en Brasil.

Creemos en la PS en la escuela en Brasil, y además en su contribución para la población. Llamamos la atención, para que este hecho no sea una acción exclusiva de las escuelas públicas, es decir, no sea un proyecto aislado y que la política educacional y de salud en Brasil esté atenta a la tendencia del mercado en la educación y en la salud, tan común hoy día en todo el mundo.

Los méritos son muchos para los Ministerios de la Educación y de la Salud, por esta acción integradora y de una perspectiva de formación de una nueva cultura. Pero, un programa como éste debe estar integrado a una perspectiva más amplia de acción entre estos Ministerios. Es evidente la necesidad de acciones de la PS en las escuelas, los datos son claros. Lo que se tiene que entender, es que las escuelas brasileñas necesitan de reformulaciones en sus bases, en su estructura, en su contexto, la implantación de un programa por sí sólo, no es capaz de cambiar una cultura construida a lo largo de la historia.

Por entender que la EPS en la escuela ejerce una mayor influencia, en este trabajo de investigación, a continuación revisaremos de forma más efectiva esta temática.

2.3 - LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

El concepto de EPS señala que esta educación “comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad” (Gavidia, 2001).

La EPS en este trabajo es entendida como una parte esencial de la PS y constituye un instrumento más para lograr los objetivos de la misma.

Aunque en el discurso todos consideren su importancia, en la práctica la EPS es aún una de las parcelas en las que menos recursos se invierten en todos los ámbitos, desde la distribución del tiempo de los profesionales hasta la asignación presupuestaria en la administración central o de los estados y municipios. Esta situación puede estar siendo provocada por la dificultad para obtener un producto eficaz a corto plazo; por la escasa formación que han recibido los profesionales; por el escepticismo de los responsables que tienen que impulsar su desarrollo; por la pasividad de la población, acostumbrada a delegar a los profesionales el cuidado de su salud; y por determinados intereses profesionales o económicos que ven en sus resultados una pérdida de poder o beneficios (López Santos, 2000).

A pesar de estas dificultades, su desarrollo es algo imparable. El respaldo oficial que recibe desde organismos como la OMS y la verdadera necesidad que se tiene de ella en este momento, unida al esfuerzo de numerosos profesionales por convertirla cada vez más en una actividad profesionalizada, hace augurar un fuerte crecimiento en su contenido práctico y científico.

Aunque necesariamente la práctica cotidiana del cuidado de la salud es asumida, en mayor o menor grado, por el propio individuo y / o su núcleo familiar, la conciencia social de la necesidad de una formación sistemática para poder desempeñar de forma adecuada esta responsabilidad es muy reciente.

Los contenidos, los valores, las pautas de comportamientos respecto a la salud, etc., se han venido transmitiendo de generación en generación de forma espontánea, sin medir un proceso consciente e intencional. Sin este proceso, los contenidos científicos que se van

generando en el área de las ciencias de la salud llegan con gran dificultad a la población, provocando una desconexión entre el universo cultural de ésta y los contenidos científicos (Costa y López, 1998).

Hoy día existe un amplio movimiento mundial para introducir la EPS en los programas escolares. Con la nueva concepción de salud y el modelo de cuidados que se deriva de ésta, centrado en la PS, unido al actual enfoque educativo, orientado no sólo a la transmisión de conocimiento sino también a la preparación para la vida, la necesidad de la EPS en los centros docentes es hoy un hecho incuestionable (López, 2000).

En este proceso continuo de formación / socialización, la salud debe ocupar un lugar importante. La salud como elemento esencial para el bienestar y el desarrollo humano no puede quedar al margen de la formación global.

En esta escuela que prepara para la vida, la salud tiene que estar inmersa en todo su planteamiento curricular. Los valores, los conocimientos, los recursos e instrumentos metodológicos que la escuela ofrece para ayudar al alumno a situarse de forma positiva en su realidad, tienen que posibilitar al futuro adulto el cuidado y mantenimiento de su salud y la implicación informada en los procesos de transformación de los factores que la condicionan (Serrano González, 1997).

En Brasil, como en España, este proceso se ha visto facilitado por la reforma educativa en marcha. En ella se pretende que la enseñanza sea un instrumento que capacite a la persona para una inserción activa y transformadora en su medio. Sus objetivos y contenidos deben orientarse hacia el logro de una formación plena, que se construya desde la vida y sirva para moverse mejor en ella, huyendo de la tradicional mimética del saber académico.

Además, se debe estar atento a que la introducción de la EPS en la escuela en los nuevos diseños curriculares plantea serias dificultades, derivadas – entre otras razones – de las preocupaciones de los profesores sobre la salud, a la que consideran tarea de sanitarios, de la falta de formación en esta área, que les hacen sentirse inseguros, o de la presión de las materias tradicionales dentro del currículo, que acabaron gran parte de sus energías y recursos (López, 2000).

Sin embargo, junto a esa preparación implícita, la escuela tiene que ofrecer una formación específica en el área de salud, que ayude a las personas a comprender el proceso de

salud-enfermedad y sus determinantes y la capacidad para intervenir, individualmente y colectivamente en el fomento, manutención y recuperación de la salud en la prevención de la enfermedad.

Algunos países como Rusia empieza la introducción de la valeología en la enseñanza secundaria y superior, yendo mucho más allá en la formación educacional para la salud. La valeología es un concepto que se define como: *la totalidad o el conjunto de los conocimientos científicos sobre la salud humana, sobre la formación, el mantenimiento y el fortalecimiento de la salud individual. La valeología tiene como objetivo: dotar al hombre de conocimientos sobre la formación, el mantenimiento y el fortalecimiento de la salud individual mediante la ampliación de la capacidad del individuo de adaptarse a los factores cambiantes del medio* (Davidenko, 2000).

Esta nueva ciencia difiere de manera radical de la ciencia médica. La valeología, al contrario de la ciencia médica, plantea la tarea de investigar la naturaleza de la salud (valeogénesis), pretende estudiar las causas, los factores y los mecanismos de la salud. En la práctica permitirá cambiar o corregir el estilo de vida de las personas, requiriendo un control integral de las mismas (Davidenko, 2000). Quizás esta nueva percepción sea muy adecuada para la enseñanza de temas en salud en la escuela para jóvenes y debería ser motivo de intervenciones en esta área.

La escuela es, probablemente, el ámbito en el que la EPS puede resultar más efectiva y eficiente. Según Chapman y Lupton (1994), entre las razones que avalan la idoneidad de su integración en la escuela se destacan las siguientes:

- ▶ El objetivo de la escuela es una educación integral, orientada al desarrollo de capacidades que faciliten la integración y adaptación de las personas;
- ▶ Trabaja con personas que, por su edad, están evolucionando y aún no ha establecido hábitos perjudiciales para la salud;
- ▶ Dispone de recursos pedagógicos, y en particular de un pedagogo vocacional: el maestro;
- ▶ Permite una acción tan amplia como elevado sea el grado de escolarización de sus alumnos. Por otra parte, el efecto de la EPS puede extenderse a la familia del escolar, convirtiéndose éste a la vez en transmisor de mensajes.

En Brasil, el sistema educativo está muy preocupado por la problemática de la juventud, fundamentalmente en lo que se refiere a que el alumno adquiera hábitos saludables en su propio estilo de vida (MEC, Brasil. Secretaria de Educación Fundamental. PCNs-Tercero y Cuarto ciclos de la Enseñanza Fundamental - Educación Física. Brasilia, 1997). La EPS en la escuela en Brasil no está planteada como una asignatura, ya que es mencionada solamente en la enseñanza fundamental, como temas transversales, y en la enseñanza media, con la perspectiva de la Educación Física hacia la salud. En la enseñanza fundamental, ella es ofrecida como un conjunto de contenidos, incluidos en otras materias, orientado al desarrollo integral de la personalidad. Desde esta perspectiva, los objetivos y las bases metodológicas de la EPS en la escuela serán enseñadas tal como figura en la Tabla 1.7 (Aibar, 2001):

Tabla 1.7. Objetivos y bases metodológicas de la EPS en la escuela

OBJETIVOS	BASES METODOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Conseguir que los escolares entiendan la salud como una responsabilidad compartida, desarrollando la capacidad de participar en la búsqueda de soluciones ▶ Contextualizar la salud en las diferentes situaciones sociales y los factores que la determinan ▶ Incorporar conocimiento, actitudes y habilidades que capaciten para el cuidado de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Integración de la EPS en el currículo y en el proyecto educativo de cada centro escolar ▶ Metodología docente activa y participativa, con trabajo interdisciplinario de profesionales docentes, sanitarios y otros miembros de la comunidad
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Adquirir un método que desarrolle una mentalidad crítica para identificar y eliminar los riesgos para la salud 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Adaptación de la EPS a cada situación concreta, tras la realización de un análisis previo

Fuente: Aibar, C. (2001). Educación para la Salud. En: C. Colomer, y Carlos Álvarez (coord.). *Promoción de la salud y Cambio Social* (pp.61 - 75). Barcelona: Masson.

La escuela debe contemplar la importancia que tiene el entorno en la calidad de vida de su alumno y la necesidad de intervenir en él como una acción de responsabilidad social en la que cumpla su función educativa. Es, sin duda, en este sentido que apunta la evolución de la EPS en la escuela en la que se ha notado que el tratamiento de la EPS ha pasado de una visión de transmisión de información a una generación de actitudes y motivaciones que faciliten la modificación de conductas, en un intento de educar la responsabilidad que cada uno tiene con su propia salud.

Para comprender la relación de la EF con la EPS en el contexto escolar, a continuación abordamos esta temática.

2.4 - RELACIÓN ENTRE EDUCACIÓN FÍSICA Y EPS

Es necesario que la EF abandone muchas de sus nocividades y rutinas tradicionales y se abra a las nuevas demandas y necesidades sobre la salud que la sociedad espera de ella (Sánchez Bañuelos, 1996).

En el final del siglo XX, son varias las vertientes propuestas por la EF (ver apartado 2.3). Una de las vertientes, ya explicada anteriormente, en los países desarrollados, es la vertiente de la PS. En Brasil, ya es perceptible esta caracterización de la EF hacia una visión de la PS, aunque las escuelas siguen, en gran mayoría, vinculadas a los contenidos y prácticas que tienen el deporte como eje principal.

Son varias las tendencias y orientaciones relacionadas con la EF orientada hacia la salud, que van desde el punto de vista de la medicina y la fisiología del esfuerzo – que sitúa en el desarrollo de la condición física adecuada, más específicamente, hacia la condición física de carácter aeróbico – hasta el modelo de actividad física para toda la vida, modelo que en resumen sustenta que lo importante es que se generen hábitos cotidianos de práctica de ejercicio físico, que acompañen al individuo por toda la vida, destacando la utilidad de estos hábitos frente al sedentarismo, incluso cuando no suponga un ejercicio diario vigoroso (Devis, 2000).

La EF se constituye como un componente esencial a la hora de suministrar la temática salud en el contexto escolar (Guedes y Guedes, 1994; Nahas y Corbin, 1992b; Sánchez Bañuelos, 1996; Sallis y Mackenzie, 1991, Casimiro, 1999, Tercedor, 2001). Según señala Devis y Peiró (1992), el aumento de enfermedades propias de una sociedad sedentaria, el apoyo científico y médico a la Actividad Física y el impulso hacia una medicina preventiva que reduzca los costes de la medicina curativa, convierte al ejercicio físico en un importante exponente y barrera principal de oposición a esta serie de problemas de gran eco social. Shepard (1990) destaca que la práctica regular de actividad física ayuda a mejorar el estilo de vida personal, reduciendo las demandas a medio plazo de cuidados médicos, disminuyendo así los costes sanitarios.

Otra justificación coherente en este sentido, es que la escuela es una institución privilegiada de intervención, debido a la gran cantidad de tiempo que los niños y los jóvenes están en la escuela y además tienen a la EF como una práctica educativa cotidiana (Mota, 2000).

La escuela, entidad de referencia social, debe y puede ser un vehículo de promoción de comportamiento y valores socialmente relevantes. En este particular la importancia del fenómeno de la condición física y del bienestar no puede ser dissociada de las preocupaciones de la estructura escolar, con particular relevancia para la disciplina que, naturalmente conlleva aquellas preocupaciones, esto es, la EF.

Como razones determinantes para la promoción de Actividad Física en los jóvenes podríamos referenciar (Kelder y cols., 1994):

- ▶ Los individuos adquieren/establecen patrones de comportamiento relacionados con la salud durante el periodo de la infancia;
- ▶ La permanencia de este comportamiento (tracking) – elevados niveles de Actividad Física durante la infancia – aumenta la probabilidad de esta conducta cuando sean individuos adultos;
- ▶ La AF declina claramente de la infancia para la adolescencia y de ahí para el sujeto adulto.

En una sociedad donde una significativa proporción de personas adultas contribuyen substancialmente al incremento de la estadística de disturbios cardiovasculares y de otras enfermedades degenerativas, en consecuencia por falta de Actividad Física, parece existir un fundamento lógico para la modificación de la orientación de la EF escolar hacia un enfoque de educación hacia la PS, contrario al desarrollo de habilidades sencillamente atléticas o recreativas.

Los programas de EF escolar eran planteados con vista a la adquisición y manutención de la salud, pero, a nuestro entender, de forma bastante equivocada en términos educacionales, ya que se preocupaban únicamente de la realización de ejercicios sin ninguna consecuencia en la formación del adulto en términos de PS para toda la vida (Guedes, 1993).

En la actualidad, la EF en la escuela debe ser tratada, desde esta 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 desarrolla. Así, la EF debe favorecer un cambio comportamental, mientras el alumno debe conocer y autogestionar los factores que disminuyen el riesgo de lesiones o de prevención para contraer enfermedades de todas las índoles (Nahas, 2001).

La meta fundamental es constituir la formación de hábitos estables de práctica de Actividades Físicas. La valoración de la adquisición, el desarrollo y el afianzamiento de dichos hábitos en los escolares, supondría un estimulador fundamental del efecto que la Educación Física va a tener a largo plazo en su estilo de vida y consecuentemente en su salud.

De este modo, la EF escolar puede representar un ambiente ideal para el aprendizaje de conceptos importantes para toda la vida sobre la AF hacia la salud. La EF es un medio apropiado para reunir informaciones, actitudes y acciones asociadas con el comportamiento saludable.

Ahora, más que antes, hay evidencia de que la EF pueda tener un papel significativo en la promoción de estilos de vida más activos, que conduzcan a mejores niveles de aptitud física relacionada con la salud y a reducidos riesgos de enfermedades hipocinéticas y, posiblemente, de muerte prematura. El establecimiento de una identidad físicamente activa en los años escolares es esencial para conseguir una adecuada aptitud física y bienestar a lo largo de los años. Concordamos con Almeida (1995), cuando dijo:

La más grande preocupación en el ámbito de los profesionales de salud, y particularmente de la EF, consiste en que la población que será vieja – en un volumen apreciable –, en los próximos años, ya existe y no está habituada o motivada para la práctica de Actividad Física. En consecuencia ese factor traerá también dificultades para motivar la generación siguiente. Así es fundamental pensar ya en el modo de alterar esos comportamientos e implementar programas que lleven al incremento de Actividad Física.

Una de las críticas al modelo tradicional de la EF escolar está pautada en su obligatoriedad y en la elección del deporte como siendo casi contenido único. Sin embargo, el deporte por sí solo, no puede ser responsable por el desarrollo biopsicológico, sociológico y cultural de los estudiantes, y por eso está siendo cuestionada por toda la comunidad educacional, y parece ser una de las responsables por la inestabilidad de esta disciplina en el currículo en Brasil. De ser así, los PCNs para la EF en la enseñanza media cambian sus características, dando ahora una importancia mayor a la EPS.

Una de las justificaciones más relevantes del cambio de perspectiva de la EF escolar para la PS es la proporción de personas adultas que contribuyen substancialmente al aumento de las estadísticas de trastornos cardiovasculares y de otras enfermedades, a raíz de la falta de

AF, entre otros factores. Sallis y Mackenzie (1991) hacen una declaración interesante en relación con la nueva perspectiva hacia la EF escolar:

Una posible modificación en el enfoque de los programas de EF en la escuela, podría auxiliar en la prevención de las próximas generaciones adultas de que han resultado sedentarios. Por lo general, la modificación propuesta en los programas de EF escolar, sería el establecimiento de patrones de actividades educacionales en el sentido de que los niños y jóvenes pudieran adquirir y llevar conocimientos actualizados pertinentes a la actividad física en relación con la PS para la edad adulta.

Sin embargo, el argumento más fuerte de la corriente de la promoción de la salud en la escuela parece estar en el hecho de que los beneficios que la Actividad Física pueden traer a la salud orgánica de una persona son extremadamente reversibles, esto es, el beneficio ocurre solamente mientras se permanece en activo. Los niveles de aptitud física adquiridos se van deteriorando cuando el individuo resulta sedentario. Por tanto, la EF escolar no solo debe preocuparse que los alumnos practiquen AF durante los años de escolarización obligatoria, sino también que puedan incorporar conocimientos que los lleven más tarde a resultar activos, cuando sean adultos (Tercedor, 1998).

Para comprender la situación de la salud dentro del currículo de EF es preciso conocer la evolución de esta materia dentro del sistema educativo brasileño. A continuación se analiza la situación de la EF escolar en el sistema educativo brasileño, destacando a la EF en la perspectiva de la PS ofrecida en la enseñanza media de Brasil.

2.5 - LA EDUCACIÓN FÍSICA ESCOLAR EN EL SISTEMA EDUCATIVO DE BRASIL

2.5.1 - La política educacional brasileña relacionada con la Educación Física

Para entender mejor la cuestión de la EF en el currículo del sistema educativo brasileño, se empieza haciendo una corta retrospectiva histórica de esta asignatura desde el final del siglo XX hasta los días actuales.

La década de los 90 ha traído una visión más amplia para la EF escolar en Brasil. El reduccionismo de naturaleza biológica, psicológica y social parece no tener más lugar en el debate de esta área. Los objetivos educacionales son más amplios, no solamente en dirección a la formación de un físico que pudiese sustentar la actividad intelectual, sino también ofrecer

contenidos diversificados, contemplando ejercicios y deporte, presupuestos pedagógicos más humanos y no, solamente, adiestramiento. En este sentido, concordamos con Resende y Soares (1996), cuando dicen:

Si reconocemos la importancia de las personas de tener autonomía para la práctica de Actividad Física, entonces ellas necesitan de un mínimo de información y vivencia que les permitan optar por el mejor tipo de actividad, regular su intensidad en función de las condiciones personales, tener conocimiento de sus posibilidades y limitaciones, y al mismo tiempo tener nociones básicas que permitan entender la pertinencia o no de un trabajo físico al que esté siendo sometido.

En 1996 con la nueva LDB, Darci Ribero, en substitución a la Ley, se refiere a la EF en el Párrafo 1º del artículo 24, de la siguiente manera: *“Los currículos valorizarán las artes y EF de forma que promuevan el desarrollo físico y cultural de los alumnos”*. Ese artículo generó reacciones. Castellani Filho (1998), cita: *El profesor Apolônio Abadio do Carmo, de la Universidad Federal de Uberlandia - Brasil manifestó, vehementemente, su contrariedad en un artículo denominado “Congreso Nacional y la LDB de la educación brasileña: la arte de la inflexión (1996)”*. En este manifiesto Apolônio do Carmo afirma que Darci Ribeiro, entonces Senador de Brasil, al poner de forma no comprometida la exigencia curricular de estos conocimientos (...), desconsideró toda la historia de cómo los currículos son organizados en nuestro sistema educativo, en el que los currículos presionados por los planeadores y economistas trabajan siempre con propuestas que posibiliten tanto los Estados y Municipios, como a los dirigentes de instituciones privadas, el máximo de economía posible en cada diseño curricular.

Mantener el texto como estaba era lo mismo que decretar la extinción de estos contenidos del currículo de la enseñanza fundamental y media. El mismo profesor manifiesta, aún, la perplejidad por la contradicción entre el párrafo 1º del artículo 24 y el previsto en el Inciso IV del artículo 25, que traduce como una de las directrices de los contenidos curriculares de la educación básica *“la promoción del deporte educativa y apoyo a las prácticas deportivas no formales”*.

En visión de Castellani Filho esta cuestión se revela contradictoria solamente en la apariencia, porque, según él, la referencia a la EF presente en la substitución de Darci Ribeiro establecía, de hecho, su retirada de la base nacional común de los currículos de la enseñanza

fundamental y media, vinculando su permanencia en el currículo pleno de la parte diversificada.

La exclusión curricular de la EF, por la falta de obligatoriedad, abriría las puertas, ahora oficialmente, para la promoción del deporte en la escuela, que por caracterizarse como una actividad extracurricular, permitiría el cobro, por parte de las instituciones. “Los establecimientos educativos contratarán no a profesores de EF sino a técnicos deportivos, con formación profesional o no, y aún tendrán un buen lucro en la acción realizada” (Castellani, 1998).

Sin embargo, la redacción de sustitución de Darci Ribeiro fue alterada en su recta final por su relator Diputado José Jorge, bajo presión de los diputados accionados por sectores de la EF, que adhieren a la causa a favor de la obligatoriedad de la EF en la enseñanza fundamental y media.

La Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional, promulgada en 20 de diciembre de 1996 (*Ley, n° 9. 394 - Establece las Directrices y Bases de la Educación Nacional, Brasil*), busca transformar el carácter de la EF en la escuela, en los siguientes términos: “*La Educación Física, integrada a la propuesta pedagógica de la escuela, es componente curricular de la educación básica, ajustándose a las franjas de edad y a las condiciones de la población escolar, siendo facultativa en los cursos nocturnos*”. De esta forma, la EF debe ser ejercida en toda la escolaridad del 1° al 8° curso, y no solamente del 5° al 8°, como era anteriormente.

Desde la visión de la política educativa del gobierno del Presidente Fernando Henrique Cardoso, tomando las palabras del Director del Departamento de Desarrollo de la Educación Media y Tecnológica, Ruy Berger Filho, publicadas en entrevista al periódico “El Estado de São Paulo”, en 8 de julio de 1998, citado por (Castellani, 1998).

Nuestra intención no es establecer cuáles asignaturas deben constar del currículo (y que) aunque nosotros reconocemos que el conocimiento se organiza en asignatura, al estipular áreas de conocimiento estamos dando una visión más globalizada y la oportunidad de que las asignaturas tradicionales puedan ser aplicadas de forma inter ligadas.

La EF tuvo su inserción justificada en la enseñanza media, también en la voz de Ruy Berger Filho, en el área de Lenguaje y Código, pues abarcaría la verbal, icónica, sonora y

corporal, estando la EF comprendida como asignatura responsable por el trato del movimiento humano en tanto que forma de expresión y/o lenguaje. Acrecentando, Castellani, mencionó:

“La pertinencia de verla en el área de conocimiento / sociedad y cultura podría ser si entendemos como asignatura que trata pedagógicamente de los temas constituidos de la cultura corporal dimensión de la cultura del hombre y de la mujer brasileño/a” (Castellani, 1998: 45).

La EF, en el proceso histórico brasileño, siempre vivió en inestabilidad⁷, a pesar de la victoria de su permanencia en la enseñanza fundamental y media en la LDB de 1996.

La obligatoriedad de la EF en la educación básica configurada en la Ley nº 9.394 / 96, aunque esté dentro de la enseñanza media en la LDB, no es extensiva a la Enseñanza Técnica y a la enseñanza superior.

No queremos aquí entrar en el mérito de la obligatoriedad o no de la EF, cuestión muy discutida por teóricos del área, sino defender la relevancia de su contribución formativa de la cultura corporal⁸ y de los aspectos que contemplan la educación para la PS, necesaria también para los alumnos de la Enseñanza Técnica de las ETFs y CEFETs.

Desde el punto de vista filosófico, la falta de obligatoriedad de la EF parece interesante, pero situándose en el momento histórico, político y económico de un Brasil comprometido con bancos internacionales, decrece la expectativa de gestiones educativas preocupadas por la formación más crítica del ciudadano. Se sigue un modelo educativo globalizado, a ejemplo de los módulos de la Enseñanza Técnica actual, y una política educativa sugerida por los órganos internacionales, que contemplan prioritariamente los aspectos económicos, olvidando los aspectos socioculturales y políticos. Infelizmente no se copia el lado bueno, como informa Taffarel y cols., (1992):

Vale resaltar que las pedagogías progresistas en países del 1º mundo desde hace mucho tiempo consideran la necesidad de un conjunto amplio de componentes curriculares para dar cuenta de la formación del ciudadano, entre ellos las artes y la EF.

⁷ A pesar de la EF conquistar su obligatoriedad en el currículo en la década de los 60, es sólo en el final del siglo al ser cuestionada su obligatoriedad en la enseñanza fundamental y media, que se discute la relevancia de esta asignatura para la formación del educando, algo que no ocurre con las mayoría de las asignaturas del núcleo común de esos niveles de enseñanza.

⁸ La cultura corporal estudia y actúa sobre un conjunto de prácticas ligadas al cuerpo y a los movimientos creados por el ser humano a lo largo de su historia: los juegos, las gimnasias, las luchas, las danzas y los deportes.

La EF puede colaborar en cualquier momento a una formación educativa, modificando los contenidos, los métodos y la operativización del proceso, permitiendo una adaptación a cada realidad en concreto. En cuanto a la formación del técnico en los CEFETs, quizás sean estos alumnos los más carentes de estas prácticas pedagógicas tan significativas para la formación de un trabajador más crítico, creativo y adaptado a las nuevas exigencias tecnológicas.

2.5.2 - La EPS en el currículo de la Enseñanza Fundamental

Considerando que nuestro objeto de estudio es la Enseñanza Técnica, no vamos a detenernos mucho, en este apartado, en la enseñanza fundamental, ya que está muy lejos de nuestro objeto. Sin embargo, es importante abordar aquí, la evolución curricular de la salud en el contexto del currículo escolar brasileño.

En la enseñanza fundamental, se aporta la EPS como un tema transversal. Los PCNs de la enseñanza fundamental aclaran (MEC, Brasil. Secretaria de Educación Fundamental. PCNs - Tercero y Cuarto ciclos de la Enseñanza Fundamental - Educación Física. Brasilia, 1997): *“Bajo el punto de vista salud / enfermedad, y sus múltiples dimensiones, de por sí, justifican la opción de caracterizar la EPS como un tema transversal del currículo. En efecto, solamente con la participación de las diferentes áreas, cada cual enfocando los conocimientos específicos de su competencia, se puede garantizar que los alumnos construyan una visión amplia de lo que es la salud. Como contrapunto, la transversalidad requiere atención para la consistencia de la concepción del tema, que no puede diluirse, llevando a perder de vista los objetivos que se pretende”*.

Respecto a los objetivos generales de la salud para la enseñanza fundamental en Brasil, los PCNs dicen: “La educación para la salud cumplirá sus objetivos al concienciar a los alumnos para el derecho a la salud, sensibilizarlos para la búsqueda permanente de la comprensión de sus determinantes y capacitarlos para la utilización de medidas prácticas de promoción, protección y recuperación de la salud al su alcance. Se espera, por lo tanto, al final de la enseñanza fundamental, que los alumnos sean capaces de:

- ▶ Comprender que la salud es un derecho de todos y una dimensión esencial del crecimiento y desarrollo del ser humano;

- ▶ Comprender que la condición de salud es producida en las relaciones con el medio físico, económico y sociocultural, identificando factores de riesgos de la salud personal y colectiva presentes en el medio en que viven;
- ▶ Conocer y utilizar formas de intervención individual y colectiva sobre los factores desfavorables a la salud, teniendo una actitud de responsabilidad en relación con su salud y la salud de la comunidad;
- ▶ Conocer formas de acceso a los recursos de la comunidad y a las posibilidades de utilización de los servicios orientados hacia la promoción, protección y recuperación de la salud;
- ▶ Adoptar hábitos de autocuidados, respetando las posibilidades y límites del propio cuerpo.

La Enseñanza Fundamental en Brasil está dividida en cuatro ciclos. Los contenidos seleccionados relacionados a la salud en los cuatro ciclos tienen en consideración los siguientes criterios (PCNs / EF - enseñanza fundamental, 1997):

- ▶ La relevancia en el proceso de crecimiento y desarrollo en cualquiera condición de vida y salud particularmente del niño y su realidad social;
- ▶ Los factores de riesgos más significativos en la realidad brasileña y en la franja de edad de los alumnos de la enseñanza fundamental;
- ▶ La posibilidad de prestarse a la reflexión conjunta sobre las medidas de promoción, protección y recuperación de la salud;
- ▶ La posibilidad de traducción del aprendizaje en prácticas de cuidados con la salud personal y colectiva al alcance de los alumnos.

Las relaciones que se establecen entre el tema transversal salud y la EF son casi inmediatas y automáticas al considerarse la proximidad de los objetos de conocimiento involucrados y relevantes en ambos abordajes. Sin embargo, la preocupación y la valoración de conocimiento relativo a la construcción de la autoestima y de la identidad personal, al cuidado con el cuerpo, la nutrición, la valorización de los vínculos afectivos y la negociación de actitudes y todas las implicaciones relativas a la salud de la colectividad, son compartidas y constituyen un campo de interacción escolar (PCNs, 1997).

Aún es temprano para cualquier evaluación a respecto de la reforma en la enseñanza fundamental en Brasil. A pesar de haber empezado la reforma en 1997, la transversalidad es

una temática muy nueva y necesita de tiempo para una coherente absorción de esta concepción por parte de los profesores, alumnos y comunidad escolar.

En Brasil, los problemas en relación con la educación son muchos, principalmente en lo que se refiere a la educación pública, que es en donde se encuentra la gran mayoría de brasileños, con edad escolar. La enseñanza fundamental es de responsabilidad de los municipios, con una parcela de ayuda del Gobierno Federal. No es fácil hablar en cambios de los contenidos, en la metodología, y en toda la estructura pedagógica de la escuela, sin hablar de los cambios estructurales en la educación brasileña. Las escuelas brasileñas siguen sin estructura física adecuada, sin condiciones materiales mínima de trabajo, sin pagar un sueldo justo a los profesores y no podremos continuar en Brasil a hablar de reforma sin oír la voz de los involucrados en el proceso, es decir, toda la comunidad escolar.

2.5.3 - Actividad Física orientada hacia la salud en la Enseñanza Media de Brasil

Con relación a la conceptualización de Actividad Física, hay un consenso entre los investigadores de esta área. De esta forma, se define la “Actividad Física” como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, que resultan en gasto energético mayor que en los niveles de reposo (Nahas y Corbin, 1992a).

Devís y cols., (2000) va más allá en su concepto de AF, definiéndolos, como cualquier movimiento corporal intencionado que se realiza con los músculos esqueléticos, resultando en un gasto de energía y en una experiencia personal y práctica social, que nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea.

El gasto energético de las AF en nuestro cotidiano deberá clasificarse en cinco categorías: la demanda energética proveniente del tiempo dedicado al descanso y a las necesidades vitales, como el sueño, alimentarse, higiene, etc.; la demanda energética provocada por actividades de desempeño de una ocupación profesional; la demanda energética necesaria a la realización de tareas del hogar; la demanda energética provocada por las actividades de ocio y de tiempo libre y las demandas energéticas inducidas por la participación en actividades deportivas y en programas de entrenamiento (Caspersen y cols., 1985). La AF a que nos referimos en este trabajo, es la relacionada al ocio y tiempo libre.

El ejercicio físico aunque tenga algunos elementos semejantes con la AF, no se puede utilizar una connotación idéntica, el ejercicio es considerado una subcategoría de la AF por lo

tanto, podremos decir que el ejercicio es un tipo de AF que está planificada y estructurada, que es repetitiva y tiene como objetivo el mantenimiento o la mejora de uno o más componentes de la forma o condición física (Pate, 1988).

El concepto de Deporte según García Ferrando (1997), tiene dos concepciones: *“La concepción americana y la europea del deporte difieren sustancialmente. 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 las conductas y los procedimientos, y es observado por los espectadores”*.

En el mismo diccionario, de origen europeo, se indica que es imposible dar una definición precisa del deporte, debido a la gran variedad de significados que este término tiene en el lenguaje coloquial. Todo lo que se entiende sobre el término deporte está menos determinado por el análisis científico de sus límites, que por su uso cotidiano y por los vínculos históricamente desarrollados y transmitidos con las estructuras económicas, sociales y judiciales.

Por lo tanto, la concepción americana es la más apropiada para este trabajo, pues es ésta, la concepción que tienen los brasileños, donde fue realizada esta investigación.

Actualmente en Brasil, según datos de INEP (Instituto Nacional de Educación y Pesquisa / Investigación), hay 7 millones de estudiantes en la enseñanza media, por lo que cabe cualquier iniciativa en el sentido de instrumentalizar al ciudadano a través de la adquisición de un bagaje de conocimiento que permita actuar de forma eficaz sobre la manutención de su salud, la gerencia de sus momentos de ocio y la adquisición de un vocabulario motor que posibilite un diálogo social diversificado, esto es, lo que se desea es tener en la sociedad hombres y mujeres activos, co-responsables en el proceso de estudio y ampliación de las diversas prácticas corporales. (MEC, Brasil. Secretaria de Educación de la enseñanza media. PCNs de la EM - Área de Lenguaje y Códigos. Brasilia, 1999).

Las reflexiones en relación con el cambio del componente curricular de EF en la enseñanza media de Brasil, están basadas en algunas constataciones. Primero, la real constatación de que los alumnos vienen, paulatinamente, alejándose de las canchas, de los

espacios escolares de ocio y buscando en locales extra-escolares experiencias corporales que traen satisfacción y aprendizaje en su vivencia, tales como: en los parques, los clubes, los gimnasios, en las fiestas regionales. Segundo, la EF, en tanto que componente curricular, “ha fabricado” espectadores y no practicantes de la Actividad Física. Los alumnos hacen las actividades, sin entender lo que hacen y porqué las están haciendo. Por último, mientras las otras áreas se dedican a profundizar los conocimientos de los alumnos a través de metodologías diversificada y las clases son más “atractivas” entre los componentes, las de EF se limitan a los ya conocidos fundamentos del deporte y juegos. En este sentido concordamos con De Figueiredo (2002), cuando dijo:

El deporte competitivo puede tener su lugar en la escuela, pero como una actividad extracurricular, creemos que llegó la hora de que en la EF en la escuela se diferencie lo que es una actividad extracurricular y un componente curricular. Lo que ocurre es un lío del ambiente deportivo-competitivo con el escolar-educacional. Las clases de EF deben ser un lugar de aprendizaje, no podremos alejarnos del cuerpo pedagógico de la escuela.

Después de mucha discusión entre los miembros responsables de la construcción de los PCNs de la EF para la enseñanza media en Brasil, se ha encontrado en la EF hacia la salud una alternativa viable y educativa para la EF. Así esta asignatura encuentra un medio de concretizar sus pretensiones.

Son muchas las investigaciones que defienden esta perspectiva. En Brasil destacamos los trabajos de Guedes (1992, 1993 a y b, 1994); Nahas (1992); Neira y cols., (2000), entre muchos otros. En Europa y EUA, tenemos aún más trabajos en esta perspectiva Tercedor (2001 y 2003); Delgado y Tercedor (2002); Devis, (1992,1998 y 2001); Sánchez Bañuelos, (1996); Mota (2000); Fox (2000); Sallis y Mckenzie (1991); Simons-Morton y cols. (1987), entre otros.

No vamos en este apartado a profundizarnos en la temática de la promoción de la salud en la escuela, tema este ya discutido en el apartado que hace la relación de la EF con la promoción de la salud. Lo que vamos a discutir es la cuestión de la EF en la enseñanza media frente a la nueva reforma.

Los PCNs para la enseñanza media no tienen la intención de indicar un único camino a ser seguido por los profesores de EF, sino proponer, de manera objetiva, formas de

actuaciones que proporcionen el desarrollo de la totalidad de los alumnos y no sólo el de los más habilidosos.

Las competencias y habilidades sugeridas por el PCN a ser desarrolladas en el área de la EF en la enseñanza media de Brasil son:

Tabla 1.8. Competencias y habilidades de la EF en la Enseñanza Media

<p><u>CONOCIMIENTO DEL CUERPO, APTITUD FÍSICA Y SALUD</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Profundizarse en el conocimiento del funcionamiento del organismo humano de forma a reconocer y modificar las actividades corporales, valorándolas como mejoría de sus aptitudes físicas -Desarrollar las nociones conceptuales de esfuerzo, intensidad y frecuencia, aplicándolas en sus prácticas corporales -Buscar informaciones para su profundización teórica de forma a construir y adaptar algunos sistemas de mejoría de sus aptitudes físicas -Reflexionar sobre las informaciones específicas de la cultura corporal, siendo capaz de discernirlas y reinterpretarlas en bases científicas, adoptando una postura autónoma, en la selección de actividades, procedimientos para la manutención o adquisición de la salud -Asumir una postura activa en la práctica de la AF, y consciente de la importancia de ellas en la vida del ciudadano
<p><u>GIMNASIA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Profundizarse en el conocimiento y comprensión de las diferentes manifestaciones de la cultura corporal, reconociendo y valorizando las diferencias de desempeño, lenguaje y expresión -Profundizarse en el conocimiento del funcionamiento del organismo humano respecto a las capacidades físicas, respuestas del cuerpo a los estímulos y diferentes formas de movimiento, valorizándolas como recurso para expresión de sus aptitudes físicas
<p><u>DEPORTES, JUEGOS Y LUCHAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Participar de actividades en grandes y pequeños grupos, potenciando y canalizando las diferencias individuales para el beneficio y conquista de los objetivos por todos -Percibir en la convivencia y las prácticas pacíficas una manera eficaz de crecimiento colectivo, dialogando, reflexionando y adoptando una postura democrática sobre los diferentes puntos de vista puestos en debate -Abogar por el surgimiento de las múltiples variedades de AF, en tanto que objeto de investigación y área de interés social y de mercado de trabajo prominente
<p><u>EL RITMO Y LA EXPRESIÓN A TRAVÉS DEL MOVIMIENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Participar de actividades en grandes y pequeños grupos, potenciando y canalizando las diferencias individuales para el beneficio y conquista de los objetivos por todos -Profundizar en el conocimiento y comprensión de las diferentes manifestaciones de la cultura corporal, reconociendo y valorizando las diferencias de desempeño, lenguaje y expresión -Profundizar en el conocimiento del funcionamiento del organismo humano de forma a reconocer y modificar las actividades corporales, valorizándolas como mejoría de sus aptitudes físicas - Demostrar autonomía en la elaboración de actividades corporales, así como capacidad para discutir y modificar reglas, reuniendo elementos de varias manifestaciones del movimiento y estableciendo una mejor utilización de los conocimientos adquiridos sobre la cultura corporal

Fuente: PCNs para la Enseñanza Media, Brasil, 1999.

Los criterios determinantes en la selección de los contenidos de los PCNs son: especificidad del área, especificidad del grupo, interés y aplicabilidad social, reales condiciones de trabajo en la escuela y evaluación. A continuación, analizamos de forma resumida, cada un de ellos.

La EF tiene su espacio de acción y su forma peculiar de desarrollar sus contenidos, por lo tanto, parece imposible el desarrollo de un buen trabajo en el área si se restringe el movimiento de los alumnos, ya que el área tiene el movimiento como su más fuerte componente.

En relación con la especificidad del grupo, es importante adecuarse los contenidos a los alumnos y no los alumnos a los contenidos. Los profesores deben estar atentos a las características de los alumnos, respetando sus deseos y limitaciones, descubriendo los contenidos de su preferencia, lo que no significa abrir mano de su trabajo, esto es, los contenidos deben ser suministrados cuando estén en el programa, pero pueden sufrir adaptaciones.

En relación con los intereses y aplicabilidad social, los profesores tienen el deber de desarrollar un trabajo que esté vinculado a la vida cotidiana de los alumnos. La contextualización de las clases tiene una fuerte relación con los intereses de los alumnos. Los profesores no deben alejarse de los problemas sociales más eminentes.

Las reales condiciones de trabajo en las escuelas es un tema muy polémico en Brasil, principalmente por las precarias condiciones de trabajo del profesor de EF en las escuelas públicas. Los contenidos tienen que ser desarrollados basados en la realidad existente, y se puede crear alternativas con sus propias condiciones, *“pero los profesores deben luchar por condiciones de trabajo adecuadas o próximas a esta situación, pero nunca dejan de trabajar con las condiciones que tienen, pues el conformismo es nuestro mayor enemigo”* (Mattos, 1994).

La evaluación es también una temática compleja, aunque no profundizamos sobre ella en este apartado. Los PCNs llaman la atención para que el aprendizaje de la EF no sea visto como simple reproducción de movimientos. El profesor debe promover el desarrollo del pensamiento, la adquisición y aplicación de los conceptos adquiridos durante las clases, para la solución de problemas cotidianos y la autonomía. En definitiva, ¿Para qué sirve la educación si sus aplicaciones no pueden ser utilizadas en el día a día?

Vimos anteriormente la propuesta de MEC, a través de los PCNs para una nueva EF en la enseñanza media y ahora vamos a discutir la cuestión del lugar de la EF en la enseñanza media.

La EF en la enseñanza media, en el nuevo lenguaje de la educación brasileña, es un componente curricular del área de Lenguaje y Código, es un componente obligatorio de la enseñanza media y, teóricamente, debería tener la misma importancia de los otros componentes curriculares. Entonces ¿Por qué la EF siempre ha estado en una situación de inferioridad en relación con las otras asignaturas? ¿Por qué la EF, teóricamente, tan importante para la formación de los alumnos aún no tiene la credibilidad de la comunidad escolar y de la sociedad como un todo?

Devide (1999), en reciente estudio en una escuela de enseñanza media en Brasil, investigó la concepción de EF de los alumnos, la aplicabilidad de sus contenidos y cuál es el papel del profesor en tanto que educador. Los resultados indican que los alumnos encaran la EF como una disciplina sin relevancia para mantenerse en el currículo escolar, con contenidos repetitivos y sin aplicabilidad en el cotidiano, además de no motivar la práctica de Actividad Física fuera de la escuela.

La primera constatación de lo que fue dicho antes, es el hecho que las clases de EF son facultativas para los alumnos del curso nocturno, basado en la falsa creencia de que la práctica de Actividad Física por la noche, proporciona más cansancio en los alumnos, inhibiendo, por consecuencia, su rendimiento escolar. Barbanti (1990) relata que varias investigaciones afirman que ciertas actividades físicas facilitan la secreción de endorfina efecto que persiste durante dos a cinco horas después de la Actividad Física. Así, se puede concluir que la AF trae extraordinarios beneficios mentales y físicos si es practicada sin exageración.

Según datos de Neira (2000), 56% de los alumnos de las escuelas públicas en la enseñanza media de Brasil están en los cursos nocturnos. La LDB (*Ley, n° 9. 394, 20 de diciembre de 1996*) en su artículo 24, inciso IV trae consideraciones a respecto de la organización del trabajo, esto es, las aulas podrán ser organizadas con alumnos de grupos distintos y con niveles de adelantamiento en la asignatura. Entonces, en el caso de la EF, en los grupos nocturnos, existe la posibilidad de reunir alumnos por grupos de interés y necesidades y desarrollar proyectos de Actividades Físicas especiales que puedan adecuarse a la situación de dichos grupos. Los alumnos que trabajan, por ejemplo, podrían practicar actividades de compensación de energías y de relajación, aportar temáticas de lesiones por esfuerzo repetido, gimnasia laboral, estrés, entre muchas otras que colaborarían con su calidad de vida y estarían más adecuadas a su entorno.

Se sabe que en Brasil los alumnos de la enseñanza media tienen un gran objetivo, ingresar en la Universidad y es sabido que contenidos de la EF no son contemplados en este proceso selectivo, lo que provoca con antelación un gran desinterés por parte de los mismos. ¿Sería éste un punto de desprestigio de la EF en el currículo de la enseñanza media? La EF escolar es indispensable en la formación del educando para su vida, es componente curricular obligatorio y, contradictoriamente, es descartado al acceso a la Universidad. ¿Cuáles son los criterios de selección de los contenidos para ascensión a la Universidad? ¿Por qué todos los contenidos de la enseñanza media son contemplados y la EF y las artes no lo son?

No se es favorable este proceso selectivo existente en Brasil para ascender a la Universidad, tampoco es el momento de discutirlo, pero se cree que si los PCNs (1999) proponen el mismo grado de importancia para todos los componentes curriculares en la enseñanza media (bachillerato en España), ésta es una demostración de que el cambio no ha llegado, en la práctica sigue la misma postura de siempre, las asignaturas en la enseñanza media tienen su importancia medida por la utilidad en el proceso selectivo para ascender a la Universidad, esto es, los alumnos siguen vinculados y dando importancia a las asignaturas que serán evaluadas en el vestibular (proceso selectivo para ascender a la Universidad).

La LDB de 1996 permite una interpretación muy abierta en relación a la enseñanza de la EF en la escuela, lo que viene admitiendo una disminución en cuanto a la carga horaria de este componente curricular en la enseñanza media, que era de tres clases semanales. Sin embargo, con relación a los alumnos del último años de la enseñanza media, las clases de EF están casi en extinción, principalmente en las escuelas privadas donde la competencia es grande para ascender a la universidad, y la prioridad es la preparación para el vestibular.

Otra cuestión a analizar es la escuela como factor de influencia de la Actividad Física. Esta camina hacia involucrarse en actividades físico/deportivas que permitan la manutención de hábitos activos a lo largo de la vida. Se asume en este concepto, las actividades que más podrán ser mantenidas hasta la edad adulta, por que generalmente necesitan solamente de una o dos personas (Ross y cols., 1985). Mota (2000) afirma que las investigaciones en esta materia parecen apuntar hacia una falta de ajuste en las propuestas presentadas por la escuela durante la adolescencia y la naturaleza de las actividades a las que los adultos se adhieren.

Parece coherente, un entendimiento en relación con el currículo escolar sobre los tipos de AF que los adultos en la gran mayoría de las veces participan y en esta medida, en qué

momento del currículo escolar se deben introducir los deportes o actividades que son significativas y surgen con mayor significado para el adulto.

En verdad, la EF de la enseñanza media en Brasil, principalmente en las escuelas privadas, está en extinción. La educación privada para la enseñanza media en el Brasil tiene una visión inmediata y se preocupa, exclusivamente, de la cantidad de aprobados en el proceso selectivo de acceso a la Universidad, lo que excluye la EF de sus planes, ya que sus contenidos no están en los exámenes para ingreso en la Universidad.

En relación con las escuelas públicas, también se puede realizar discusiones en la comunidad escolar, donde los intereses de la educación aún sobresalen a los del mercado, por lo menos en la teoría; siendo así, la EF puede argumentar su espacio en el currículo en este nivel de enseñanza.

Tuvimos la oportunidad de representar al estado de Paraíba en el área de EF, en el curso preparatorio para la nueva política educacional del MEC, realizado en São Paulo, en mayo de 2000. La intención del MEC era capacitar a los profesores de las ETFs y CEFETs de todo Brasil, ya que estos centros escolares, serían los que empezarían a actuar con estos nuevos currículos por competencia y habilidades, siendo, pues, la referencia para las escuelas del estado y de la red privada.

Esta no es una tarea fácil, cambiar una estructura curricular con concepciones tan innovadoras, es algo arduo y de difícil adhesión, principalmente por parte de los profesores.

En el CEFET-PB ya teníamos una profesora trabajando desde esta perspectiva en el área de la EF antes incluso de los cambios propuestos por los PCNs, tema que ya fue abordado en el capítulo anterior, cuando hablamos de las perspectivas de la Educación Física para el nuevo siglo en el CEFET-PB. Pero actualmente se puede ver que la enseñanza media aún no trabaja dentro de la nueva perspectiva sugerida por los PCNs, como es comprobado en el plan de curso para la EF para el año 2003 (anexo - 3).

No queremos afirmar que la implantación de los contenidos relativos a la EF en el proceso selectivo para acceso a la Universidad iría a cambiar la situación de la EF en las escuelas de enseñanza media en Brasil, sino reivindicar una situación de igualdad entre todos los componentes curriculares, para que la sociedad pueda entender, con más claridad, que una

educación para la vida es más viable que una educación exclusiva para ascender a la Universidad.

También debe ser comentado que dicha falta de prestigio de la EF en la escuela sea culpable de fallos en el proceso de enseñanza-aprendizaje de este componente curricular. Las investigaciones apuntan para problemas tales como: repetición de los contenidos en los diferentes grupos, el deporte como contenido único, la falta de soporte teórico en las clases, desinterés de los alumnos en las clases por la propia constatación del fracaso en el desempeño motor, la utilización de las mismas metodologías, entre otros (Soares, 1996).

Se percibe que los alumnos que terminaron la enseñanza media en Brasil no saben por qué y para qué hacer Actividad Física, y lo peor de todo, no han tenido la oportunidad de vivenciar con diversidad las prácticas de la cultura corporal, como la danza, los diversos deportes, gimnasias, luchas, AF para la aptitud física hacia la salud, que les puedan proporcionar subsidios para ser más activos también en el futuro.

En la mayoría de las escuelas de la enseñanza media, cuando la EF funciona, se tiene dos situaciones: primera, el entrenamiento de un deporte para minorías, que tienen aptitud, son los atletas de la escuela; y la segunda opción, es la práctica de un determinado deporte, sin compromiso, con la falsa justificativa de ser lúdico, para aquellos que no tienen aptitud para ser atletas y, casi siempre, sólo vivencian un deporte, aunque dentro de una cultura corporal tan rica como la nuestra.

Actualmente, en Brasil crece el número de profesores de EF que pueden diferenciar el técnico deportivo y el profesor de EF; no puede seguir existiendo técnicos en las clases de EF. De esta forma nos apoyamos en Santin (1993) cuando dijo: *“La EF en la escuela inspirada en temas humanísticos, es una sabiduría de vivir, una exigencia personal y existencial, es una tarea educativa, tiene compromiso con el crecimiento, desarrollo y bienestar del ser humano”*.

Las competencias de la EF en la enseñanza media tienen compromiso con el autoconocimiento y autocuidado, relativos a temas, como: las varias manifestaciones de la cultura corporal del movimiento; la aptitud física hacia la salud; el consumo relacionado con la actividad física, entre otros (PCNs de la EF, 1997).

Los PCNs para la enseñanza fundamental y la enseñanza media, han traídos para la EF escolar el inicio de una serie de discusiones, que proporcionarán reflexiones de cómo anda ese proceso enseñanza/aprendizaje de la EF en la escuela.

La EF escolar de nivel medio tiene, en este momento, la gran oportunidad de reestructurar sus contenidos, implementar nuevas metodologías, volviendo las clases de EF más atractivas y tan respetadas como los otros componentes curriculares de la enseñanza media. De esta manera, la EF podrá rehacer un camino con más prestigio en el nuevo currículo por competencias y habilidades (De Figueiredo, 2002).

A EF en este momento podría solicitar igualdad con los otros componentes curriculares, no solamente en las escuelas públicas, sino también en las privadas. Y, principalmente, conquistar el respeto y admiración de la comunidad escolar y de la sociedad como un todo. Este no es un camino fácil, no basta con modificar los documentos pedagógicos, como vimos a lo largo de la historia, significa una mayor flexibilidad en el pensar y transformar las actitudes. Llegó el momento en que la EF en la escuela de Brasil debe evolucionar con la crisis y, quizás, empezar un nuevo período de realizaciones.

2.6 - LA EDUCACIÓN FÍSICA EN LA PERSPECTIVA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ENSEÑANZA TÉCNICA: UNA NUEVA PROPUESTA

La relevancia de la Enseñanza Técnica de nivel medio del CEFET-PB fundamentada en una perspectiva civil democrática, *“se centra bajo la concepción omnilateral de dimensiones humanas y técnicas a ser desarrolladas y que involucren el plan del conocimiento histórico / científico e, igualmente, los planes biopsico, cultural, étnico / político, lúdico y estético”* (Frigotto, 1996).

La formación, desde esta perspectiva, trata de desarrollar el más elevado dominio tecnológico y suministra la base utilitaria de las ciencias de la naturaleza y de las ciencias humano-sociales, que permitan a cada alumno dominar el avance técnico existente como consumidor, además de crear conocimiento nuevo. Debe proporcionar, aún, el desarrollo de su capacidad, criticar y discernir a qué servicio y a quién debe servir la tecnología y la ciencia, así como influenciar su democratización, propiciando, pues, el desarrollo de una conciencia crítica capaz de definir qué tipo de tecnología es humanamente deseable, y cómo compartir colectivamente, en términos de satisfacción de las necesidades humanas, de las extraordinarias potencialidades del avance tecnológico (Frigotto, 1998b).

En este momento del nuevo currículo modular para el técnico, es importante abogar por la fragmentación y el reduccionismo de este nivel de enseñanza, una vez que la tendencia de estos centros, ETFs y CEFETs, es transformarse en espacios de recalificación, apoyándose en la ideología de que por este camino los ciudadanos en paro tendrán oportunidades de empleo o de futura posibilidad de emplearse, lo que no está seguro. La educación técnica profesional en Brasil asume una vez más, el papel de suministrar la mano de obra barata y consumidora de las innovaciones científicas y técnicas, con una educación de carácter inmediato y económico.

En este contexto, destacamos el abordaje de Soares (1993), acerca del currículo de una escuela profesional.

Cuando un currículo escolar tiene en el eje la constatación, interpretación, comprensión y explicación de determinadas actividades profesionales, la reflexión pedagógica se limita a la explicación de las técnicas y al desarrollo de habilidades, objetivando el ejercicio y el dominio por parte de los alumnos. En esta escuela, generalmente las asignaturas se vinculan, al área tecnológica. Ahí, se da prioridad al conocimiento de técnicas, esto es, a la enseñanza de las técnicas. En el caso de las referidas escuelas, las explicaciones pedagógicas son sistematizadas a partir de una lógica formal, una pedagogía no crítica y un conocimiento técnico. Se trata de un currículo conservador, porque la naturaleza de las reflexiones pedagógicas no explica las relaciones sociales y enmascara sus conflictos. No se quiere decir con esto que los currículos de las ETFs y CEFETs, por su naturaleza profesional, tengan que ser necesariamente conservadores. Sin dudas podrían ampliar la reflexión pedagógica desarrollando en el alumno una lógica dialéctica.

Creemos en una enseñanza profesional que tenga una gestión democrática y que involucre en su proyecto pedagógico dimensiones científicas, culturales, lúdicas y estéticas. La escuela que relaciona humanismo y profesionalismo ya era defendida por Gramsci (1986 citado por Kuenze, 1988):

La finalidad de la escuela que unifica cultura y trabajo es la formación desarrollada multilateralmente, que articulen la capacidad productiva, las capacidades de pensar, de estudiar, de dirigir o de controlar quien dirige. Esta escuela será necesariamente activa y articulada al dinamismo histórico de la sociedad en su proceso de desarrollo.

Una asignatura en la perspectiva de la EPS para la Enseñanza Técnica hace reflexionar que, en primero lugar, se debe ver las personas y no el mercado. Los alumnos de la Enseñanza Técnica tienen el derecho a la práctica de vivencias en actividades de la cultura corporal, y de adquirir conocimientos teóricos sobre AF hacia la salud, salud individual y colectiva, que auxilie su vivir con calidad hoy y mañana (De Figueiredo, 1999).

Se concuerda con la idea de que estas asignaturas o competencias no sean fijas, lo que se llamaba antes asignatura optativa. Es evidente que las competencias obligatorias para la Enseñanza Técnica son casi todas de orden técnica, y la carga horaria reducida del curso, dificulta la elección de competencias que están fuera del conocimiento llamado específico.

Se sabe que no es de hoy la relación entre la EF y la salud. Lo que difiere, en esta perspectiva actual, es que existe una preocupación por contribuir para un cambio de comportamiento hacia la práctica de Actividad Física relacionada con la salud, para que pueda repercutir, de alguna forma, en la creación de hábitos de vida sanos. Desde la perspectiva anterior, existía una preocupación por la aptitud física del alumno en el momento en que estaba en la escuela. Lo que se busca ahora son mejores condiciones de salud y bienestar para todos los alumnos, y por toda la vida. En este sentido, concordamos con Júnior (1996), cuando rechaza el modelo de la escuela de Alemania, que defiende la EPS para los padres de alumnos, eximiendo a la escuela de esta responsabilidad:

Evidentemente, pensamos nosotros, esto es perfectamente lógico y admisible en un país como Alemania pero, en el caso específico del Brasil, como la base de conocimiento sobre la salud es muy precaria en gran parte de la población, los padres no pueden asumir esta parte de la educación de sus hijos, poniendo la escuela y la EF como importantes agentes en la EPS.

En la investigación De Figueiredo (2001) sobre la “La EF en el nuevo currículo de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB”, encontramos la opinión de algunos profesores de estos cursos, en relación con la importancia de una vivencia pedagógica teórico / práctica que contemple la práctica de Actividades Físicas y temas de la EPS, reconociendo el por qué y para qué de estas vivencias en la sociedad actual. Presentamos en seguida estas opiniones:

“Sí, es fundamental para los alumnos entender la Actividad Física como un complemento a la mantención de la salud, del cuerpo, y desarrollar su autoestima para enfrentarse a las adversidades de

nuestra sociedad competitiva” (Profesor de la activa de el área de Construcción Civil).

“Es de gran importancia, desde que las Actividades Físicas sean orientadas hacia una práctica traiga una mejor postura, evitar ciertos problemas de salud, trayendo también un mejor rendimiento en las actividades en el trabajo” (Profesor de la activa del área de Electromecánica).

“Sí, como todos nosotros estamos constantemente en proceso de transformación (no solamente el niño y el adolescente), para nosotros es fundamental la práctica de Actividad Física que promueva un mejor estado de salud” (Profesora de la activa del área técnica).

“Sí, en la sociedad en la que vivimos, con una grande competencia en el campo profesional, hay una exigencia por que las personas estén muy bien preparadas. Este preparo, no significa solamente conocimientos técnicos de la actividad profesional, sino también exige buenas condiciones físicas y de salud. Por esto, es de gran importancia la Actividad Física y la PS para los alumnos. Estas actividades irán a contribuir para una mejor calidad de vida” (Profesor de la activa del área de Electromecánica).

La opinión de los alumnos de los cursos técnicos, en relación con la importancia de una asignatura (hoy competencia) que contemple la Actividad Física y temas relacionados a la salud, converge para una visión pedagógica que conjugue teoría y práctica, y abordajes metodológicos diversificados.

“Es fundamental para el crecimiento de las personas, me gustaría que las clases fuesen a través de videos informativos, conocer investigaciones, visitas a las casas de salud y artículos que enseñasen a nosotros ciertos temas relacionados a la salud, como también las prácticas de Actividades Físicas en las clases” (Alumna de Mecánica - turno de la mañana).

“Encuentro óptimo, pues debemos mantener nuestro cuerpo y nuestra mente abiertos, tenemos que saber cómo debemos mantener nuestro cuerpo sano” (Alumno de Electrónica - turno de la noche).

“El profesor enseña las consecuencias que proporcionan un mal estiramiento y ejercicios malos hechos en nuestro cuerpo” (Alumna de Edificación - turno de la noche).

“Estupendo, así podríamos relacionar la teoría con la práctica en el sentido de usar / utilizar los fundamentos teóricos en la práctica en sí, con textos de salud, alimentación, actividades extra-deportivas, etcétera. Esas clases deberían ser bien discutidas y sus contenidos sacados de fuentes diversas a fin de que el alumno tenga una visión general en el área de la salud y bienestar físico” (Alumno de Electrónica - turno de la mañana).

2.7 - LA CUESTIÓN DE LAS COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PERSPECTIVA DE LA EPS EN LA ENSEÑANZA TÉCNICA DEL CEFET-PB

La significativa reforma de la educación brasileña, en curso, involucra la adopción de conceptos y principios nuevos, más compatibles con su labor, de la manera como viene presentándose en la sociedad contemporánea y como ella pretende configurarse en el futuro. Muchos de estos conceptos y principios, a decir verdad, ya vienen siendo consagrados, desde hace mucho tiempo, por estudios, investigaciones académicas y por la literatura pedagógica, más poco o ninguna aplicación efectiva en los modelos educacionales oficiales propuestos.

Emerge, en el nuevo paradigma de la educación y, de forma más fuerte, en la educación profesional, el concepto de competencia, aunque polémico, como elemento orientador de los currículos, vistos éstos como un conjunto integrado y articulados de situaciones medias, pedagógicamente concebidas y organizadas para promover aprendizajes profesionales significativos. Los currículos, por tanto, no estarán más centrados en contenidos o necesariamente traducidos en el diseño de asignaturas (Referencias Curriculares Nacionales de la Educación Profesional de Nivel Técnico de Brasil, 2000).

La importancia anterior de los contenidos de la enseñanza se transfiere en las competencias a ser construidas por el sujeto que aprende. La óptica contable o “bancaria”,

como la identificó Freire (1981), presente en la línea “conteudista” (basada en el contenido) acumuladora de la educación tradicional, e, incluso, en la búsqueda de alternativas menos monótonas, más lúdica y placentera, que orientaron, muchas veces, la elección de métodos, de estrategias y de recursos de enseñanza, son sustituidas por la visión de que los contenidos no se constituyen en núcleo del trabajo educacional: son soportes de competencias. Así como los métodos o procesos no tienen tan solo un papel secundario o sencillamente “animador”, sino se identifican con el propio ejercicio de las competencias.

Las competencias en tanto que acciones y operaciones mentales, articulan los conocimientos (el “saber”, las informaciones articuladas operativamente), las habilidades (psicomotoras, esto es, el “saber hacer” elaborado cognitivamente y socio afectivamente) y los valores, las actitudes – el “saber ser”, las predisposiciones para decisiones y acciones, construidas a partir de referencias estéticas, políticas y étnicas – (Referencias Curriculares Nacionales de la Educación Profesional de Nivel Técnico de Brasil, 2000).

En otras palabras, la realización competente tiene agregado en ella, saberes cognitivos, psicomotores y socio afectivos. La competencia se caracteriza, esencialmente, por la condición de adquirir esos saberes, con recursos, a través de análisis, síntesis, inferencias, generalizaciones, analogía, asociación, transferencia, esto es, de esquemas mentales adaptados y flexibles, en acciones propias de un contexto profesional específico, generando desempeño eficiente y eficaz. A continuación en las Figuras 1.8 y 1.9, se presenta dos esquemas resumidos de lo que ha sido dicho en los apartados anteriores.

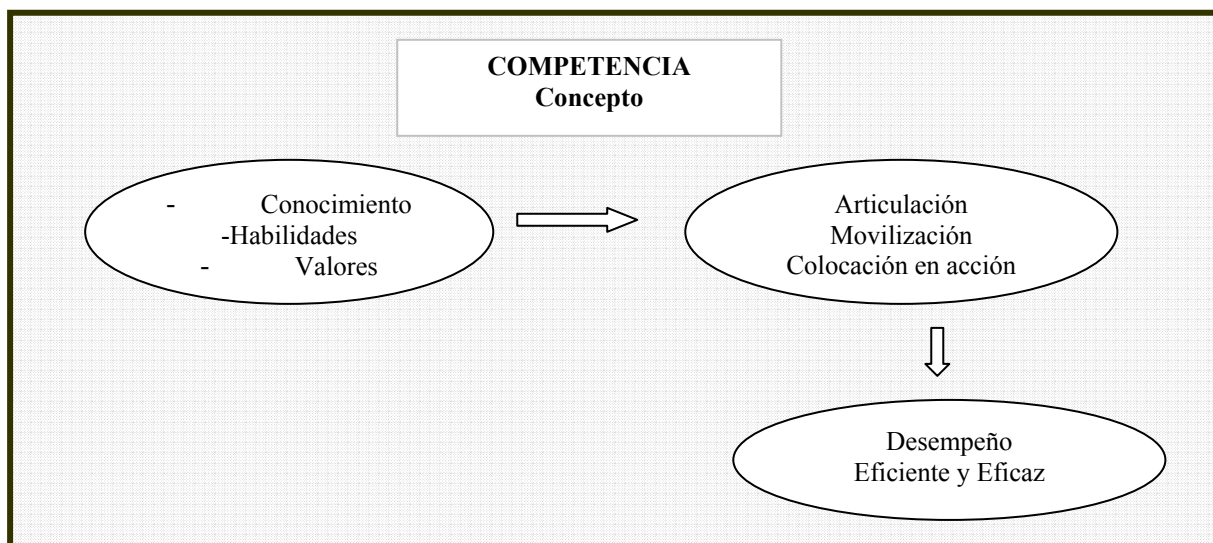


Figura 1.8. Esquema de Competencia. (Referencias Curriculares Nacionales de la Educación Profesional de Nivel Técnico de Brasil, 2000).

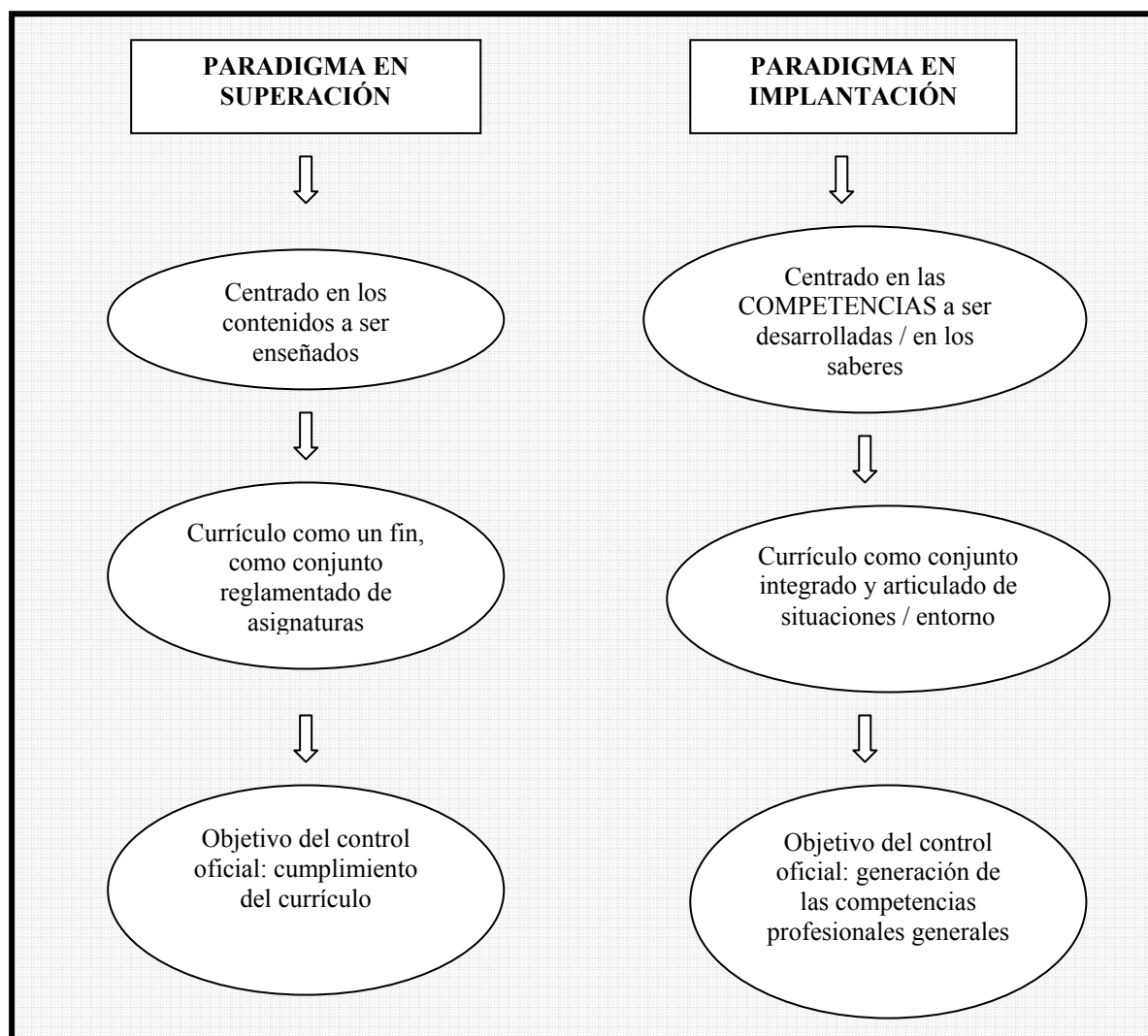


Figura 1.9. Cambios de Paradigma. (Referencias Curriculares Nacionales de la Educación Profesional de Nivel Técnico de Brasil, 2000).

Basada en esta nueva concepción de currículo que corresponde a la Enseñanza Técnica del CEFET-PB, hoy día, se muestra a continuación: los modelos de Educación Física orientado a la salud, orientaciones didácticas generales que se aplican a la EPS, propuesta de cómo se debería implantar la EPS en el centro escolar, atendiendo a una hipótesis de progresión, y finalmente algunas sugerencias de competencias, habilidades y bases tecnológicas⁹ en el área de la Actividad Física en la perspectiva de la EPS para la Enseñanza Técnica de esta institución.

⁹ Por bases tecnológicas entendemos el conjunto resultante, en general, de la aplicación de conocimiento, principios y procesos (métodos, técnicas, términos, normas y patrones) resultante, en general, de la aplicación de conocimiento científico a esa área productiva (Referencias Curriculares Nacionales de la Educación Profesional de Nivel Técnico de Brasil, 2000).

Aunque este trabajo no sea de intervención considerase oportuno aportar de forma resumida la temática relacionada con la metodología para el desarrollo de la EF hacia la salud en la escuela, dado que, estos modelos que serán visto en la continuación, podrán ser útiles para la reformulación de la asignatura de Educación Física en todos los niveles, incluso donde aún no es aprovechada, como el caso de la Enseñanza Técnica en Brasil. El objetivo principal es que no produzca incoherencias y contradicciones teórico-prácticas y, por tanto, permita a la misma conservar toda funcionalidad orientada a la salud.

El docente de EF y / o deportiva o todo agente educativo que intente utilizar la Actividad Física como instrumento de formación, debería conocer los diferentes modelos que explican la relación entre Actividad Física y salud (médico, psico-educativo y socio-crítico) dado que los presupuestos de cada uno de ellos condicionan una forma de entender la salud, la relación entre ésta y la Actividad Física. Así como la labor docente y el proceso de aprendizaje del alumnado. En la siguiente tabla se exponen dichos modelos (Devis y Peiró, 1992; Peiró y Devis, 1995 citado por Delgado y Tercedor, 2002: 112).

Tabla 1.9. Modelo de Educación Física orientado a la salud

	MODELO MÉDICO	MODELO PSICO-EDUCATIVO	MODELO SOCIO-CRÍTICO
Fundamentación científica	Ciencia Biomédica: Anatomía, Fisiología y Biomecánica del movimiento humano	Ciencias Psicológica: Psicología cognitiva y deportiva	Ciencias sociales: Sociología crítica y de la EF; Psicología social
Dirección y propósitos de la enseñanza	Hábitos y mecánica de movimiento: asume que la información puede producir un cambio de conducta.	Toma informada de decisiones, pone el énfasis en la motivación y el desarrollo de los conceptos (auto-estima, auto-responsabilidad, auto-control, auto-realización o actualización) para el cambio de conducta	Concienciación crítica como punto de partida para la transformación y el cambio social: proceso de capacitación (empowerment) personal y grupal dirigido a la emancipación

Tabla 1.9. Modelo de Educación Física orientado a la salud (continuación)

	MODELO MÉDICO	MODELO PSICO-EDUCATIVO	MODELO SOCIO-CRÍTICO
Orientación pedagógica	Pedagogía utilitaria	Pedagogía liberal	Pedagogía crítica
Visión de la salud	Salud como ausencia de enfermedad: custodia médica, prevención ortodoxa y rehabilitación	Salud como responsabilidad individual: elección y cambio individual de estilo de vida	Salud como construcción social: acción individual y colectiva para crear ambientes saludables
Caracterización de la EF y salud	Funcionamiento del cuerpo y efectos del ejercicio físico sobre el mismo	Estilo personal de vida, bienestar personal	Crítica social e ideológica

Fuente: Delgado y Tercedor (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la Educación Física* (pp.112). Barcelona: INDE.

Los mismos autores indicados en el apartado anterior (Devis y Peiró, 1992, Devis y Peiró, 1995), exponen que estos modelos tienen una serie de aportaciones y limitaciones fundamentales. De forma resumida éstas son:

Tabla 1.10. Aportaciones y Limitaciones de los modelos de Educación Física orientada hacia la salud

MODELOS	APORTACIONES	LIMITACIONES
Médico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reajuste y reorientación de los componentes de condición física 2. Realización segura y efectiva de los ejercicios <p>Identificación de las variables de un programa de Actividad Física y salud</p> <p>Las aportaciones se quedan para el profesor</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo de la condición física vinculada al rendimiento -Falta de aprendizaje significativo de la práctica -Asume que la repetición de los ejercicios que dice el profesor produce cambios de conducta en el alumnado -Olvida de los aspectos psicosociales y experienciales
Psicoeducativo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ampliación de actividades y experiencia satisfactoria 2. Acceso del alumnado al conocimiento teórico y práctico básico que le permita tomar decisiones informadas y desarrollar un programa de actividad física y salud con la ayuda del profesor 3. Materiales curriculares 	<ul style="list-style-type: none"> -Enfatiza excesivamente el individuo. -Imparte clases teóricas -Olvida de las condiciones sociales, económicas y culturales -Llega a culpabilizar a quien no hace ejercicio, no sigue la moda deportiva o no se ajusta a los cánones de Actividad Física y forma física

Tabla 1.10. Aportaciones y Limitaciones de los modelos de Educación Física orientada hacia la salud
(continuación)

MODELOS	APORTACIONES	LIMITACIONES
Sociocrítico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favorecer la conciencia crítica en el alumnado; Analizar la salud y actividad física dentro de un contexto social y cultural amplio 2. Capacitarlos para la reflexión crítica y el cambio social 3. Reflexión, discusión y materiales críticos 	<ul style="list-style-type: none"> -Negar la capacidad de elección individual -Centrarse exclusivamente o exageradamente en la discusión y las clases teóricas

Fuentes: Devís, J. C. y Peiró, C. (1992). *Nuevas perspectivas curriculares en Educación Física: la salud y los juegos modificados*. Barcelona: Inde.

Devís, J. C., Peiró, C. (1995). La salud en la enseñanza de la educación física. Una experiencia escolar. En: P. L. Rodríguez, J. A. Moreno (comps.). *La Educación Física en el currículo de primaria* (pp.68). Universidad de Murcia. Murcia.

Con relación a las orientaciones didácticas generales, Delgado y Tercedor (2002) hacen un buen resumen que se aplican a la EPS. En una EF orientada hacia la salud en la educación obligatoria, deben ser tenidas en cuenta estas orientaciones que de manera general pueden ser definidas en:

- a) Concepción constructivista del aprendizaje, desarrollando el proceso de enseñanza-aprendizaje a partir del tratamiento de problemas de salud concretos del centro escolar o su entorno, como podría ser en nuestro caso la Actividad Física o sedentarismo, el desarrollo de una práctica física no saludable, con orientaciones hacia el rendimiento o la competición, la obsesión por el cuidado del cuerpo, el abuso de sustancias presuntamente adelgazantes, potenciadoras de la masa muscular, etc. Y acrecentaríamos para nuestro caso específico, los problemas de la salud del trabajador, los hábitos de vida no saludables (consumo exagerado de alcohol, de cigarrillo, alimentación desequilibrada, etc);
- b) Cambio conceptual individual de qué es la salud y qué factores repercuten en ella, haciendo consciente al alumno de que tiene que tomar partido por el cuidado de la misma y debe ser crítico ante los mensajes que vende la sociedad eminentemente consumista en la que ha tocado vivir;
- c) Función social del aprendizaje, en cuanto a que lo aprendido tenga aplicabilidad y funcionalidad en el día a día, sobre todo con vista a conseguir el bienestar y calidad de vida;

- d) Aprendizaje en interacción de todas las personas que configuran la vida del centro escolar y su entorno, incluyendo además del profesor y alumno, al personal de servicio del centro, padres, instituciones oficiales y no oficiales, etc;
- e) Cambio en los papeles del profesor y alumno, en el sentido de conseguir la mayor autonomía posible del alumno atendiendo a su nivel de desarrollo, llegando a conseguir que ellos mismos sean capaces de diseñar sus propios programas de AF orientados a la salud, sobre todo desde finales de educación primaria, y fundamentalmente en secundaria y bachillerato;
- f) Predominio de los contenidos actitudinales sobre los conceptuales y procedimentales o al menos que los primeros sean los que guíen el proceso de enseñanza, dado que la EPS es una educación en valores;
- g) Utilización de la unidad didáctica como actividad investigadora, de resolución de problemas planteados en el centro escolar, entorno o en la sociedad en su conjunto.
- h) Evaluación formativa, como último criterio que permitirá tener la seguridad que los programas que se están aplicando so adecuados a los objetivos previstos.

Pozuelos y Travé (1999) indica de forma sintética lo positivo y negativo de la controversia existente de sí la EPS debería quedar incluida en el currículo como asignatura o no.

	EPS COMO ASIGNATURA	EPS COMO TRANSVERSAL
Positivo	-Conecta con la tradición docente -Más seguridad en el desarrollo curricular	-Relevancia social -Alto grado de funcionalidad
Negativo	-Academicismo criticado al resto de asignaturas	-Inseguridad de desarrollo curricular

Fuente tomada: Pozuelos y Travé (1999)

En una propuesta de cómo se debería implantar la EPS en el centro escolar, atendiendo a una hipótesis de progresión, Pozuelos y Travé (1999) indican una serie de alternativas didácticas que evolucionan desde la sensibilidad en temas de salud a la formación e inclusión curricular completa de la misma. Esta propuesta se desarrolla en los siguientes pasos, que se van a aplicar en este ejemplo a la EF orientada a la salud (Delgado, 1999a):

- a) Efemérides: Utilización de los denominados “Día de...” (Mundial de la salud sin tabaco, contra el sida, sin coche, etc.), para sensibilizar sobre la importancia de la adquisición de un estilo de vida físicamente activo.

- b) Campañas sobre un tema de EPS, como el caso de la educación postural, la prevención de accidentes durante las clases, la adecuada utilización de espacios y materiales en EF, etc.
- c) “Semana de...”, y/o elaboración de revistas de temas de EPS, que ya condiciona, además de la sensibilización de todo el personal del centro escolar, la formación de parte del mismo para poder llevar a cabo dicha semana sobre el tema a tratar y/o la realización de la revista.
- d) Desarrollo de talleres sobre temas de EPS, que pueden ir inicialmente orientados al profesor, para que después éste pueda impartirlo con su alumnado. En EPS se podría realizar talleres sobre ejercicios aconsejados o desaconsejados, tratamiento de hábitos alimenticios en la práctica de AF, educación de la respiración durante la práctica de AF o el reposo, etc.
- e) Integración curricular en unidades didácticas que configuren un tratamiento completo de los temas más relevantes de EPS desde la EF. Para esta integración se requiere una formación amplia y asesoramiento tanto del profesor de EF como del resto de sus compañeros, para que la labor que se desarrolla sea coherente asignatura por asignatura y transversalmente.

Todas estas informaciones a cerca de la EPS desde la EF en el contexto escolar son orientadas a la enseñanza fundamental y media, en Brasil, y para primaria y secundaria, en el caso de España. En la Enseñanza Técnica de Brasil son muy pocas las manifestaciones en el sentido de implementación de esta perspectiva. Por tanto la sugerencia para implementación de la EPS desde la EF para la Enseñanza Técnica en Brasil, es algo nuevo, y deberá estar basado en la teoría existente para otros niveles de enseñanza, adaptado a las necesidades del contexto que están inseridos estos alumnos y los objetivos pedagógicos para este tipo de enseñanza profesional.

Se sabe que actualmente los cursos técnicos de los CEFETs y ETFs en Brasil cambian, por lo tanto no es interesante hablar de competencias por curso y sí de una forma general. Estas sugerencias serán adaptadas a las cargas horarias y a los intereses de cada área (ver Tabla 1.11).

Tabla 1.11. Competencias y saberes en el área de la Actividad Física en la perspectiva de la EPS para la Enseñanza Técnica.

Competencias	Habilidades	Bases Tecnológicas
Conocer las debilidades orgánicas degenerativas en la sociedad contemporánea	Utilizar los conocimientos sobre debilidades orgánicas para tener actitudes de prevenir estas debilidades	1.Nociones sobre salud y debilidades orgánicas 2.Debilidades orgánicas degenerativas -Estrés en el mundo del trabajo -Lumbalgia y sus causas -LER y sus complicaciones -Depresión, síndrome del pánico -Enfermedades del sistema cardio-circulatorio -Etcétera
Conocer la estructura ósea, movimiento y formas de prevención de estas debilidades	Utilizar los conocimientos sobre debilidades de la estructura ósea para tener actitudes de prevenir estas enfermedades	1.Estudio de la columna vertebral -Su formación -Patologías más comunes en el trabajo -Riesgos de debilidades -Prevención de debilidades -Postura adecuada en el trabajo -Prácticas de AF preventivas
Conocer lo que es gimnasia laboral y su campo de actuación en el mundo del trabajo	Utilizar los conocimientos teóricos y prácticos sobre la gimnasia laboral para corroborar con su vida laboral	1. Gimnasia laboral -Concepto de gimnasia laboral y su importancia en mundo laboral -Práctica de estiramiento, relajación, gimnasia, deportes, actividades individuales, musculación, etcétera
Conocer sobre las prácticas de ocio relacionadas con la AF	Utilizar los conocimientos teóricos y prácticos sobre la práctica de la actividad física en el tiempo libre	1. Conocimiento teórico / práctico sobre las posibilidades de prácticas de AF en el tiempo libre -Actividades Físicas colectivas -Actividades Físicas individuales
Conocer sobre los estilos de vida sanos y degenerativos	Utilizar los conocimientos teóricos y prácticos sobre los estilos de vida para contribuir su calidad de vida	1. Conocimiento teórico / práctico sobre los estilos de vida y sus implicaciones para la salud -Alimentación -Drogas legales e ilegales -Consumo de tabaco -Consumo de alcohol -Enfermedades sexualmente transmisibles (DST y Sida)

Tabla 1.11. Competencias y saberes en el área de la Actividad Física en la perspectiva de la EPS para la Enseñanza Técnica (continuación)

Competencias	Habilidades	Bases Tecnológicas
Conocer sobre los productos relacionados con la salud	Utilizar los conocimientos teóricos y prácticos sobre los productos relacionados con la salud, para ser un consumidor crítico	1. Productos de consumo relacionados con la salud -Los esteroides y anabolizantes -Las bebidas energéticas -Los productos dichos naturales -Los productos diet y light -Compuestos alimentares -Etcéteras
Conocer sobre las nuevas tendencias de las Actividades Físicas	Utilizar los conocimientos teóricos y prácticos sobre estas nuevas tendencias para poder conocer y escoger sus prácticas preferidas	1. Practicas de AF alternativas -Yoga, biodanza, meditación, tai chi chuan, masoterapia, etcétera 2. Prácticas de AF en la naturaleza -Rappel, sendetismo, bicicleta de montaña caminadas en la playa, deporte náutico montañismo, etcétera

Fuente: Elaboración Propia.

Las bases tecnológicas, entendidas como insumos para la generación de las competencias, pueden ser reunidas, en la organización curricular, en asignaturas, seminarios, programas de estudios, y de experiencias laborales, talleres de experimentación, etcétera, conectando a un eje central de proyecto característico del área profesional, de su proceso productivo y / o, en particular, de una sub-función del integrante, eje éste propiciador del ejercicio efectivo de las competencias a ser desarrolladas (Referencias Curriculares Nacionales de la Educación Profesional de Nivel Técnico de Brasil, 2000).

En otras palabras, esta organización de las bases tecnológicas en la organización curricular, que se podría llamar de metodologías, que implican un proceso que acentúa, en la dinámica de las actividades pedagógicas, la disposición del alumno para explorar la realidad social. Así, los métodos deben ofrecer condiciones para que las personas resulten adaptables a los cambios y descubran en sí mismas las soluciones para los problemas. Se debe dar más importancia al aprendizaje que a la enseñanza.

Bimbela y cols. (1998), establecen una estructuración por nivel de complejidad de los procesos psicológicos inherentes a la posibilidad de aprender que tiene el ser humano, que básicamente pueden quedar resumidos, en orden de menor a mayor complejidad, en: exponer,

demostrar, interrogar y descubrir. Sería coherente proponer estrategias de enseñanza que sigan dicho proceso. En ellas, a medida que se avanza en el nivel de complejidad, se condiciona una mayor participación por parte del alumno y, por tanto, un mayor grado de aprendizaje. Estas metodologías serían las expositivas, demostrativas, interrogativas y de descubrimiento. En EPS y, por tanto, en EF salud se debería de potenciar las últimas, ya que son las que permiten aprender simultáneamente hechos, conceptos y principios, además de procedimientos y habilidades, así como actitudes, valores y normas, frente a las otras que solo permiten aprender o concepto o procedimientos (Bimbela y Hérnan, 1998).

March y cols. (1999), establecen que las técnicas de EPS pueden ser clasificadas en tres grupos:

- a) Individuales: comunicación educador-alumno y counselling (consejo asistido);
- b) Grupales: role-playing (dramatización de personajes y/o situaciones), técnicas de puzzle (aprendizaje cooperativo entre compañeros), grupo de discusión u otras como torbellino de ideas, grupo nominal, phipips 6 / 6 y variantes;
- c) Comunitarias: comunicación en EPS y comunicación publicitaria en marketing social, aunque estas últimas requerirán de un asesoramiento de expertos en el uso de medios de comunicación.

Las metodologías para las competencias relacionadas con la AF en la perspectiva de EPS, también fueron investigadas por De Figueiredo (2002) desde las declaraciones de los profesores y de los alumnos. Veamos opiniones de los profesores de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB.

“A través de seminarios, conferencias, proyectos, y otros mecanismos que podrían ser desarrollados en una asignatura específica a ser adoptada para los alumnos del curso técnico y cursos superiores” (Profesora de la activa - Construcción Civil).

“Podría ser abordado de forma bien variada como por ejemplo: cintas de videos enseñando ejemplos de personas mayores que tienen buena salud en virtud de la práctica deportiva. Enseñar a los alumnos cuáles son las Actividades Físicas que pueden prevenir las lesiones por esfuerzo repetido para diferentes situaciones. Y la concienciación de los educandos por medio de cintas de atletas de

éxito, cuanto al no uso de drogas, tales como: alcohol, tabaco, anabolizantes, marihuana, etcétera” (Profesor de la activa - Electromecánica).

“Primero, reunir a los alumnos en la tentativa de descubrir los intereses y necesidades del grupo, a fin de elaborar un buen proyecto de actividad / aptitud física y EPS, además de la propia sugerencia personal del profesor. Segundo, integrar el individuo/educando dentro del contexto escolar con prácticas de vivencias: carteles y murales, organizar una semana de salud, cintas de concienciación que promuevan discusión/debate, clases recreativas / competencias, danzas, juegos musicales/ritmos y clases teórico / prácticas (integradas)” (Profesora de la activa de todas las áreas técnicas).

En las opiniones de los alumnos de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB, se apunta también hacia una perspectiva muy dinámica de esta competencia, y se encuadra en el nuevo perfil de la educación profesional. Veamos algunas de dichas opiniones.

“Los temas deberían ser presentados a los alumnos a través de exposiciones, producciones de cartillas o incluso de debates” (Alumna de Edificación - mañana).

“Los temas deben ser abordados de forma clara y precisa, sin rodeos. Para ello, podremos utilizar las más variadas formas para transmitir esos temas: seminarios, debates, mesa redonda, exposiciones, producción de artículos, producción de cartillas, etcéteras” (Alumno de Electrónica - tarde).

“Es necesario que se haga un abordaje simplificado y al mismo tiempo eficiente y constructivo que venga a enseñar el verdadero sentido y necesidad de desarrollarse el lado “cuerpo y mente” de las personas” (Alumno Mecánica - mañana).

Se presenta a continuación sugerencias de metodologías (Tabla 1.12) basada en técnicas en EPS que pueden ser utilizadas por la EF en esta etapa educativa, atendiendo a los objetivos y contenidos a abordar, y en concordancia con las personas responsables que

deberían enfocar dichas técnicas; basada también en las sugerencias de los alumnos y profesores de la Enseñanza Técnica del CEFET, y además en nuestra experiencia docente en el área de la Actividad Física en la perspectiva de la EPS.

Tabla 1.12. Actividades sugeridas en el área de la AF en la perspectiva de la EPS

ACTIVIDADES SUGERIDAS
▶ Montaje de cartillas para divulgación en el CEFET-PB y para la comunidad
▶ Presentación de seminarios en el auditorio, realizado por los alumnos, abierto al público en general
▶ Conferencias con profesores invitados enfocando los cuestionamientos de los alumnos del curso y del profesor responsable
▶ Mesa redonda con expertos en la temática y los alumnos para una discusión sobre la temática sugerida
▶ Organización de material divulgativo en las áreas de ocio de la escuela, con temas escogidos por los alumnos y el profesor responsable
▶ Organización de comunicaciones (orientación / información) sobre temas de la aptitud física, salud individual y colectiva, en los intervalos de clases, antes de los inicios de las clases, en las áreas de ocio, en eventos festivos, semanas culturales, etcétera
▶ Montaje de cintas de videos, artículos, laboratorios prácticos, talleres, etcétera
▶ Campañas informativas en las competiciones intra y extraescolar, en encuentros, congresos, eventos en generales en la escuela
▶ Organización de la “Semana de la PS y de la Calidad de Vida” a ser realizada por alumnos y profesores de EF (Conferencias, presentación de actividades físicas, presentación de videos, exposición, vivencias prácticas de actividades alternativas , juegos, etcétera)
▶ Organización de presentación de prácticas de actividad física para la comunidad escolar (capoeira, deportes naturales, radicales, danza, luchas marciales, etcétera)
▶ Incentivo a la investigación, a través de divulgación de trabajos científicos, y realización de trabajos basados en métodos científicos

Fuente: Elaboración Propia.

Esas metodologías fueron sugeridas para estimular la creatividad, la iniciativa, la criticidad, el trabajo en grupo, entre otras características que pueden ser vivenciadas en cualquier temática, como también posibilitar la elección de actividades de forma democrática. Fischmann (1991) es muy oportuno cuando dijo:

“Creemos que en la vida es preciso que la imaginación tome mucho para que el pensamiento tenga el bastante, es preciso que la voluntad imagine mucho para realizar el bastante. Es preciso mucho sueño, muchas propuestas, para que la gente logre realizar alguna cosa”.

Sin embargo, todo lo que ha sido planteado desde esta perspectiva ya ha sido aplicado en el CEFET-PB, aunque de forma aislada por solamente dos profesoras, una en la sede de João Pessoa y otra en la UNED-Cajazeiras, como ya se ha dicho en el capítulo anterior.

Creemos que lo más difícil en la EF escolar no es crear propuestas para la enseñanza fundamental y media en Brasil, porque como es obligatoria, son muchos los trabajos realizados, incluso por el gobierno federal. Lo que es importante destacar es la importancia de cuestionarnos sobre la ausencia de esta competencia (asignatura) en otros niveles de enseñanza, como es el caso de la Enseñanza Técnica, Tecnológica y Universitaria.

Desde esta perspectiva son muy pocos los trabajos; es como si aceptásemos sin hacer nada, que la no obligatoriedad de la EF significase ausencia, lo que no es verdad. En este momento de transformación educacional por el que pasa la escuela profesional brasileña es el mejor momento de cuestionarse y hacer propuestas justificando la importancia de estas competencias para la formación de los educandos y ampliando los horizontes de la EF en estos centros.

Quizás un día cuando los alumnos de la enseñanza media en Brasil tengan conocimiento y autonomía para la práctica de Actividad Física hacia la salud, y que hayan adquirido, en este período de escolarización, el hábito de ser activo, no sea necesario tales competencias para la formación educacional de los alumnos de la Enseñanza Técnica. Pero, además de creer que estas hipótesis actualmente no son verdaderas, pues así revelan las investigaciones actuales en varios países, se hace necesaria la adaptación a los cambios relacionados a la temática, AF y salud en el contexto escolar, no sólo para la formación del trabajador, en el caso específico de la Enseñanza Técnica, sino principalmente, para una continua búsqueda de vivir con una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO 1 - MARCO TEÓRICO

3 - ESTILO DE VIDA Y SALUD



“El salutismo u obsesión contemporánea por la salud se manifiesta especialmente en el culto al cuerpo, tanto en la vertiente de funcionamiento como en la apariencia corporal. Y las dos representaciones simbólicas que mejor ejemplifican ese doble culto corporal son las metáforas, pretendidamente saludables, del “cuerpo máquina” y el “cuerpo nanone” (Devís, 2000).

En este apartado, se presenta un recorrido sobre la temática del estilo de vida en la salud de la sociedad actual. Además, se discute sobre el estilo de vida y las enfermedades degenerativas, destacando los efectos de la práctica de Actividad Física sobre la salud en la vida moderna: los beneficios de carácter biológico y de carácter psicosocial. Asimismo, se discute la influencia de los estilos de vida en la salud: sedentarismo, tabaco, alcohol y alimentación; el estilo de vida y su relación con el mundo laboral. Y finalmente, se analiza la práctica de Actividad Física en el ambiente laboral.

3.1 - IMPORTANCIA DEL ESTILO DE VIDA SOBRE LA SALUD DE LA SOCIEDAD ACTUAL

Hoy día ya es sabida la influencia del estilo de vida en la salud de las personas. Petlenko y Davikenko (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.

Dicho esto, “estilo de vida” es definido en este trabajo como un conjunto de patrones de conductas que caracterizan la manera de vivir de un individuo o grupo. Es fruto, básicamente, de la interacción entre las reacciones aprendidas durante el proceso de socialización y las condiciones de vida de ese individuo o grupo (Mendoza, 1994: 17).

Costa y Lopez (1998), argumentaron que las prácticas de salud y / o de riesgo no son conductas aisladas, ni aparecen sin orden y sin reparación. Por el contrario, entrañan verdaderas constelaciones de comportamientos más o menos complejos y coherentes, más o menos estables y duraderos y, todos ellos, fuertemente impregnados en el ambiente o entorno en el que viven los niños y adolescentes. A estas constelaciones de comportamientos llamamos estilo de vida.

El interés por el estudio que hace la posible relación entre el estilo de vida con la salud tiene origen en el acelerado incremento de pacientes con enfermedades crónicas, derivadas, en gran medida, de los estilos de vida poco saludables en progresivo aumento en las sociedades actuales.

Se entiende por estilo de vida saludable los patrones conductuales beneficiosos para la salud, que son aprendidos y surgen de una elección individual interna consciente e inconsciente a la vez (Pastor y Balaguer, 1994). Es consciente porque el individuo escoge

entre una amplia gama de conductas que están disponibles en su ambiente social, e inconsciente puesto que las condiciones sociales e ambientales circundantes influyen en su elección.

El estilo de vida es una conducta aprendida. Se forma en las etapas tempranas de la vida de un individuo y una vez formado es muy difícil de modificar (Shina, 1993). Además, el estilo de vida aparece estrechamente vinculado con las actitudes, valores y normas sociales (Aaro y cols., 1986), lo que no significa decir que los cambios relacionados con las conductas no puedan ser logrados en la edad adulta. Son muchas las investigaciones en el campo del estilo de vida que enseñan las modificaciones en las conductas en adultos, en el hábito de fumar, de consumir drogas, alcohol, entre otros hábitos perjudiciales a la salud, aunque se debe señalar que no es tarea fácil (Roales, 2004).

Por lo tanto, no es fácil la tarea de definir cuando un estilo de vida es sano o no, si puede definir las conductas de forma aislada, por ejemplo: cómo podremos decir que el hábito de fumar es más perjudicial a la salud que una mala alimentación, o que ser sedentario es más perjudicial que la actitud de beber demasiado alcohol. Es algo que no se puede juzgar o determinar; actualmente queda claro cuales son las conductas sanas o perjudiciales a la salud, pero aún no es posible definir cual es el estilo de vida más sano de una forma global, es una discusión muy compleja, que seguirá siendo abordada en los trabajos en el área de sanidad por alguno tiempo aún.

Pastor (1995), en una revisión sobre estilo de vida, resalta que el estilo de vida de una persona está determinado por cuatro grupos de factores, los cuales interaccionan entre sí. (Figura 1.10)

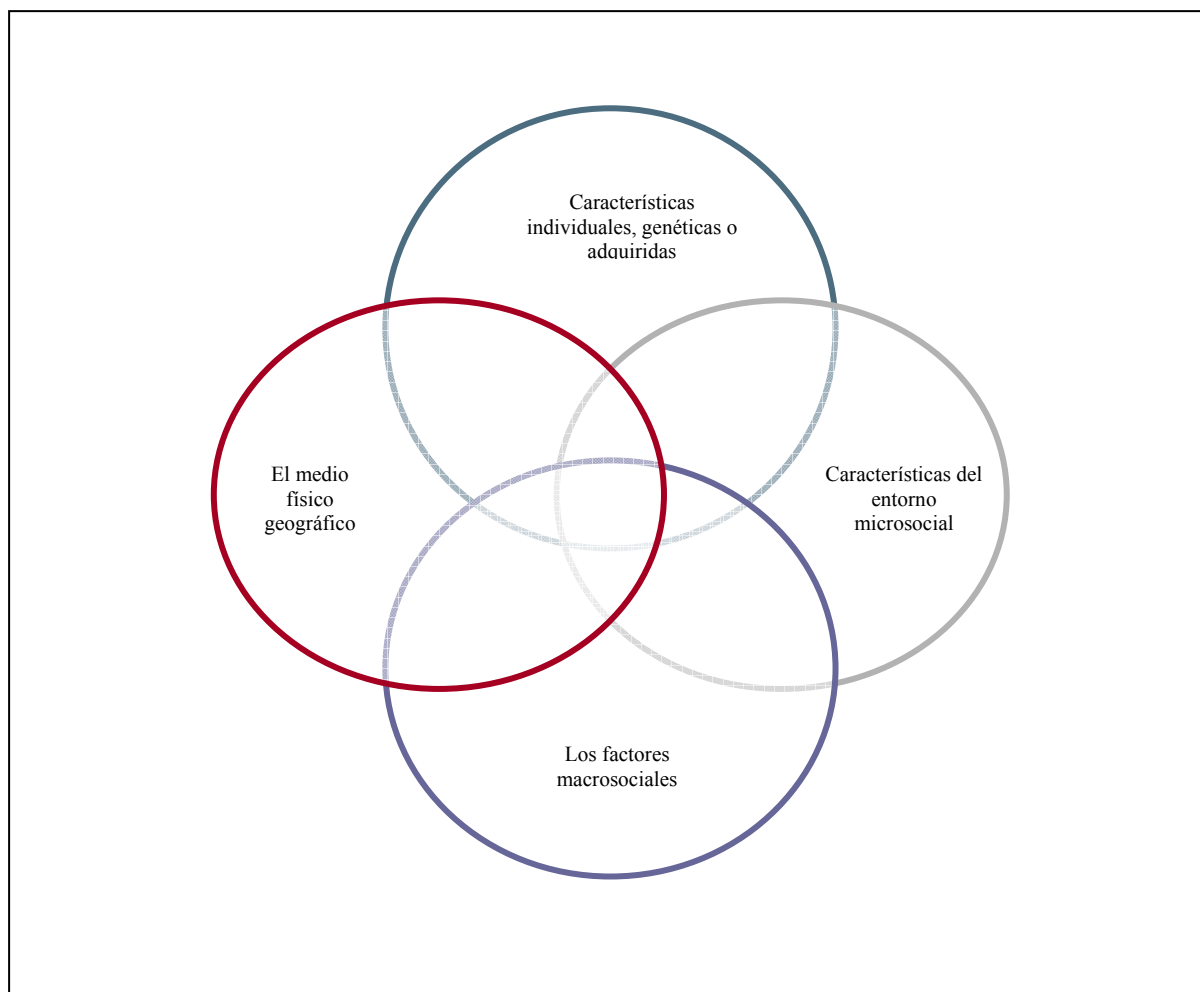


Figura 1.10. Factores que determinan el estilo de vida de una persona.

Fuente: Pastor, Y. (1985). *Estilos de vida y salud. Una revisión*. Tesis de licenciatura. Universitat de Valencia.

Las características individuales, genéticas o adquiridas hacen referencia a: la personalidad, el interés y la educación recibida. Las características del entorno microsocial en el que se desarrolla el individuo está relacionado con la vivienda, la familia, los amigos, los vecinos, el ambiente laboral o estudiantil, los grupos de adscripción voluntaria. Los factores macrosociales, que a su vez rodean decisivamente los anteriores, son el sistema social, la cultura imperante en la sociedad, la influencia de los grupos económicos, y otros grupos de presión tales como los medios de comunicación, y las instituciones oficiales. Los medios físicos geográficos influyen en las condiciones de vida imperante en la sociedad y, a su vez, sufren modificaciones por la acción humana. La división de estos factores no es rigurosa, sino que conjuntamente moldean el estilo de vida de los individuos y de los grupos sociales.

Un ejemplo muy claro de la influencia de estos factores en la conducta de los individuos son los espacios físicos en las grandes ciudades que debido al desarrollo hacen que disminuyan considerablemente los espacios de ocios y consecuentemente la práctica de AF

entre los ciudadanos. Otro ejemplo que se puede citar es el caso del 11-M en Madrid, que provoca que las personas tengan miedo de salir de casa y disminuye la posibilidad de que éstas practicasen AF o cualquiera actividad de ocio en lugares públicos, transformando la población en prisioneros en su propia casa.

Entre las principales variables que forman parte de los estilos de vida saludables figuran: los hábitos alimenticios, la práctica de actividad física, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el consumo de drogas no institucionalizadas y medicamentos, la higiene dental, los hábitos de descanso, las conductas de prevención de accidentes, las actividades de tiempo libre, la sexualidad, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, los chequeos médicos preventivos, la apariencia y los hábitos de aseo personal. También aparecen en ocasiones como variables de interés las conductas de autocuidado ante la enfermedad, los hábitos religiosos, el estrés, sus causas y su afrontamiento y los hábitos educacionales o de estudio (Pastor, 1995).

Es importante entender lo esencial que son las estrategias de EPS para lograr cambios en los estilos de vida, lo que no es tarea fácil de alcanzar, principalmente cuando se habla de posibles cambios de conductas y actitudes en adolescentes y adultos.

Costa y López (1998) apuntan en su trabajo el hecho de que son los estilos de vida lo que configura las prácticas de salud y / o de riesgo y no las conductas aisladas, y así plantea implicaciones de interés para las estrategias de cambios en la EPS (Figura 1.11).

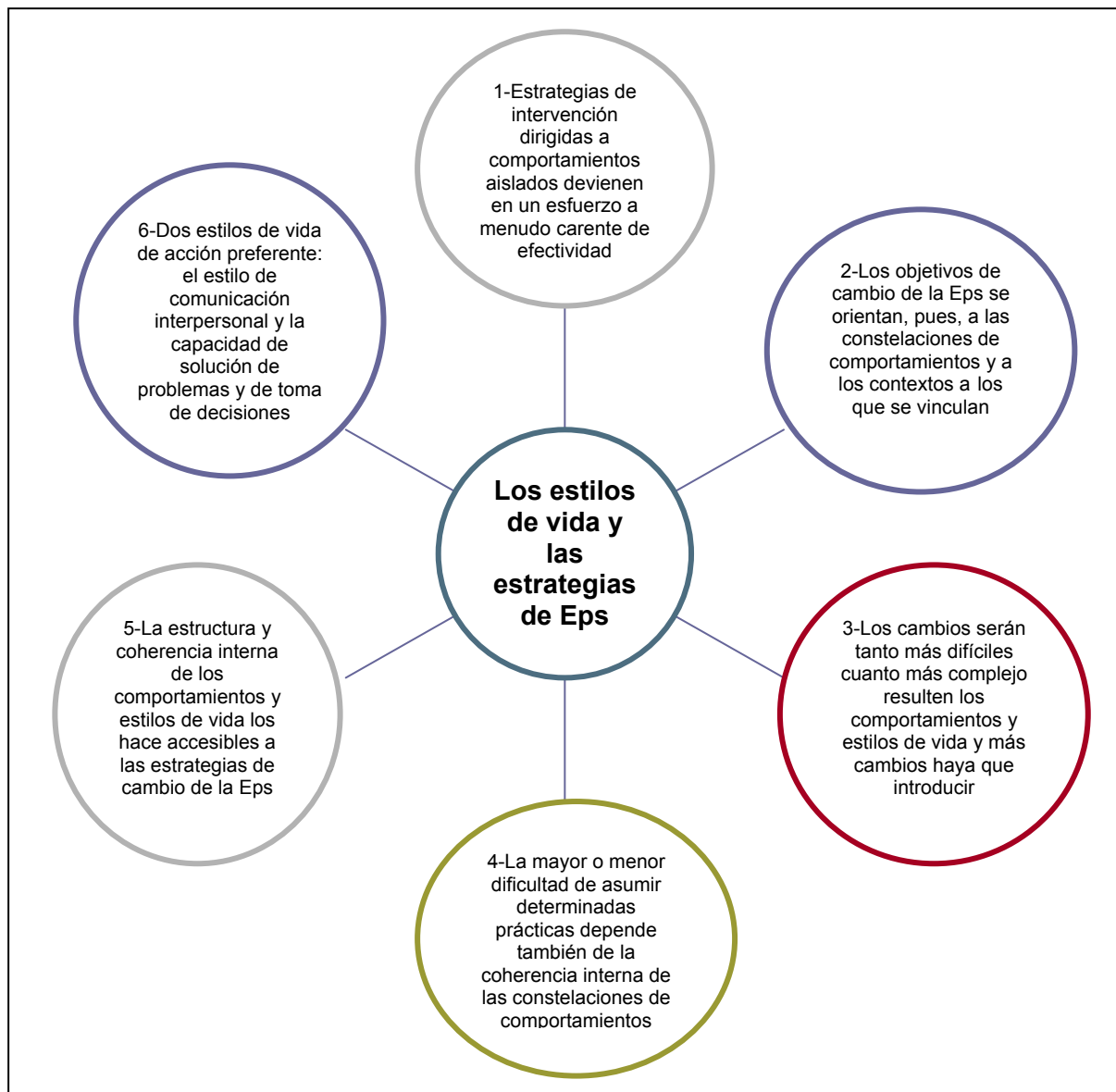


Figura 1.11. Los estilos de vida y las estrategias de EPS. Tomado de Costa, M. y López, E. (1998). *Educación para la Salud*. Una estrategia para cambiar estilo de vida (pp.27-45). Madrid: Pirámide.

Con relación a la estrategia número uno, resulta imposible separar artificialmente las conductas de los estilos de vida en los que a menudo están perfectamente encajadas, y resulta difícil cambiarlas si están empotradas en una “arquitectura tupida de conductas” que impulsan una dirección diferente a los cambios que se proponen.

La número dos, apunta para la naturaleza ecológica de los comportamientos, que plantea la necesidad de promover a menudo no tanto la elección de conductas, sino más bien la elección de entornos para vivir mejor o la elección de cambios para adaptar los entornos y hacer fáciles las prácticas y estilos de vida saludables.

El ítem tres, afirma que determinadas prácticas de salud resultan más fáciles de adoptar cuantos menos cambios haya que introducir en las constelaciones habituales de comportamientos.

El ítem cuatro, afirma que los comportamientos están organizados según secuencia o cadenas más o menos complejas en las que pueden servir de antecedentes o condiciones preparatorias de otros. Y de este modo, la mayor o menor dificultad para asumir determinadas prácticas dependerá de la menor o mayor existencia de cadenas previas de comportamientos.

El ítem cinco, afirma que resultaría una tarea casi imposible de realizar si tuviera que afrontar el cambio de cada una de las conductas que configuran una constelación para lograr prácticas más saludables. En este sentido, la identificación de la conducta principal de dicha constelación viene a ser una tarea crucial en la planificación para hacer más viables los cambios.

El ítem seis dice que la comunicación interpersonal y la habilidad para resolver problemas y tomar decisiones son componentes esenciales de los estilos de vida y, por tanto, vienen a ser objetos de actuación preferente de la EPS. Las habilidades de comunicación y de negociación son varias de las adquisiciones más trascendentales del desarrollo hasta la adolescencia y representa un importante papel en la predicción del éxito o fracaso de la vida en pareja, en la prevención de embarazos no deseados en la adolescencia, entre otras (Costa, 1998).

Se ha analizado hasta el momento un poco sobre el concepto de estilo de vida, los factores que determinan los estilos de vida de las personas y las estrategias de cambios de conductas y actitudes en la EPS relacionados con el estilo de vida. Sin embargo, no se podría hablar de estilo de vida sin aportar la relación directa que existe entre estas conductas y hábitos de vida con la perspectiva de promoción de la salud, tan destacada en la vida moderna.

Existen diferentes concepciones de promoción de salud, siendo la más interesante la que gira alrededor de las nociones de reforma social, ambiental y capacitación (Devís y Peiró, 2001). Aquí, se sobrepasa la idea de prevención y se enfatizan los factores sociales, económicos, políticos y medioambientales que determinan la salud de la población. La PS consiste en actuar sobre determinantes de la salud que provocan impotencia a la gente y en

capacitarlas para aumentar el control sobre su propia salud y condiciones de vida. Y esto significa, entre otras cosas, crear ambientes saludables, elaborar políticas sociales de salud, fortalecer la participación comunitaria y, por supuesto, ofrecer servicios sanitarios con una orientación que supere la medicina curativa (Ashton y Saymour, 1990).

Sin embargo, muchos de los problemas de salud que son los causantes de muertes prematuras podrían prevenirse con revisiones y acciones preventivas. Todavía hay mucha gente en el mundo que necesita atención médica básica, y la ciencia podría ofrecer este servicio. La solución a este aspecto de la atención médica reside en la búsqueda de los recursos y en la voluntad política que permitan hacerlo accesible para todos.

En los sectores más acomodados de la sociedad, para los que la medicina preventiva es rutinaria, han aparecido otro tipo de problemas de salud que son causantes de muerte prematura y de invalidez. Estos problemas de salud guardan una relación directa con características que pueden modificarse con el estilo de vida: entre ellas se cuentan la angina de pecho, aterosclerosis, dolores de espalda, cáncer, diabetes, hipertensión, débil salud mental, obesidad, osteoporosis y apoplejía (Marcos Becerro, 1999).

Como ejemplo se puede destacar Alemania, donde uno de cada dos habitantes es fumador, uno de cada tres tiene sobrepeso, uno de cada cuatro, colesterol elevado, uno de cada seis sufre de hipertensión, uno de cada veinte tiene gota y uno de cada treinta es diabético. En definitiva, esto significa que cada habitante tiene muchas posibilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Otro riesgo lo constituyen las innumerables enfermedades de la civilización actual, que afectan el aparato locomotor en forma de osteoporosis y artrosis, que influyen negativamente en la psique en forma de depresiones y trastornos del sueño, y que producen, además, trastornos en el sistema inmunitario (Weineck, 2001).

En Brasil, el anuario estadístico de salud, publicado por el Ministerio de Salud en el año 2001, enseña que el actual cuadro demográfico brasileño se caracteriza por varios factores: la disminución de la fecundidad, la reducción de la mortalidad infantil, el aumento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población.

Con relación al perfil de la mortalidad, se observa que la situación de la población brasileña ha cambiado, destacando la disminución de las muertes infantiles, la reducción

relativa de las muertes por las enfermedades infecto-contagiosas y el incremento de aquellas enfermedades decurrentes de enfermedades crónicas degenerativas (Anuario estadístico de salud - Ministerio de Sanidad-Brasil, 2001).

Los datos presentados en este anuario permiten vislumbrar los desafíos a ser enfrentados en este nuevo milenio, en el que aún convivirán enfermedades resultantes de la pobreza extrema y los males, resultantes principalmente de las variables comportamentales y actitudinales asociados al mundo contemporáneo, que refuerzan la importancia de la adopción de diferentes formas de enfrentamientos, en términos no solamente de asistencia / tratamiento / rehabilitación, sino también, y principalmente, de la implantación de políticas y acción de prevención de enfermedades y PS.

Veremos en el apartado que sigue la relación existente entre el estilo de vida y las enfermedades degenerativas, tan comunes en la sociedad occidental.

3.1.1 - El estilo de vida y las enfermedades degenerativas

A pesar de los indicadores positivos, hemos asistido a una reproducción de problemas de salud frecuentes relacionados con los hábitos de vida en las sociedades más desarrolladas. Así, tal como los indicadores mundiales reconocidos demuestran, también en los países en desarrollo, las principales causas de morbilidad y de mortalidad están asociadas en gran parte a las enfermedades crónico-degenerativas, especialmente la de tipo cardiovascular y las relacionadas con la obesidad, las cuales se encuentran fuertemente ligadas a las alteraciones del comportamiento resultante del estilo de vida.

Las enfermedades degenerativas son enfermedades genéticas presentadas por los individuos o adquiridas a medida que hay una superestimulación o ausencia de determinados hábitos de vida (Weineck, 2001), como ejemplo, la ausencia de la AF y de una alimentación equilibrada, la presencia del consumo de alcohol y cigarrillo, entre otros.

Las causas de estas enfermedades son variadas. Por una parte, una alimentación inadecuada o excesiva, condiciones de trabajo y de vida que perjudican la salud, así como el abuso de alcohol y tabaco. Por otra parte, la ausencia de una Actividad Física desempeña un papel fundamental (Marcos Becerro, 1999).

Datos del informe anual de la OMS de 2003, respecto a las muertes del año 2001, atribuidas a las 16 causas principales de defunción en los países en desarrollo (caso de Brasil),

muestran en las cinco primeras posiciones enfermedades crónicas degenerativas, llamadas por la OMS enfermedades no transmisibles. (Informe anual de la OMS, 2003). Ver Figura 1.12.

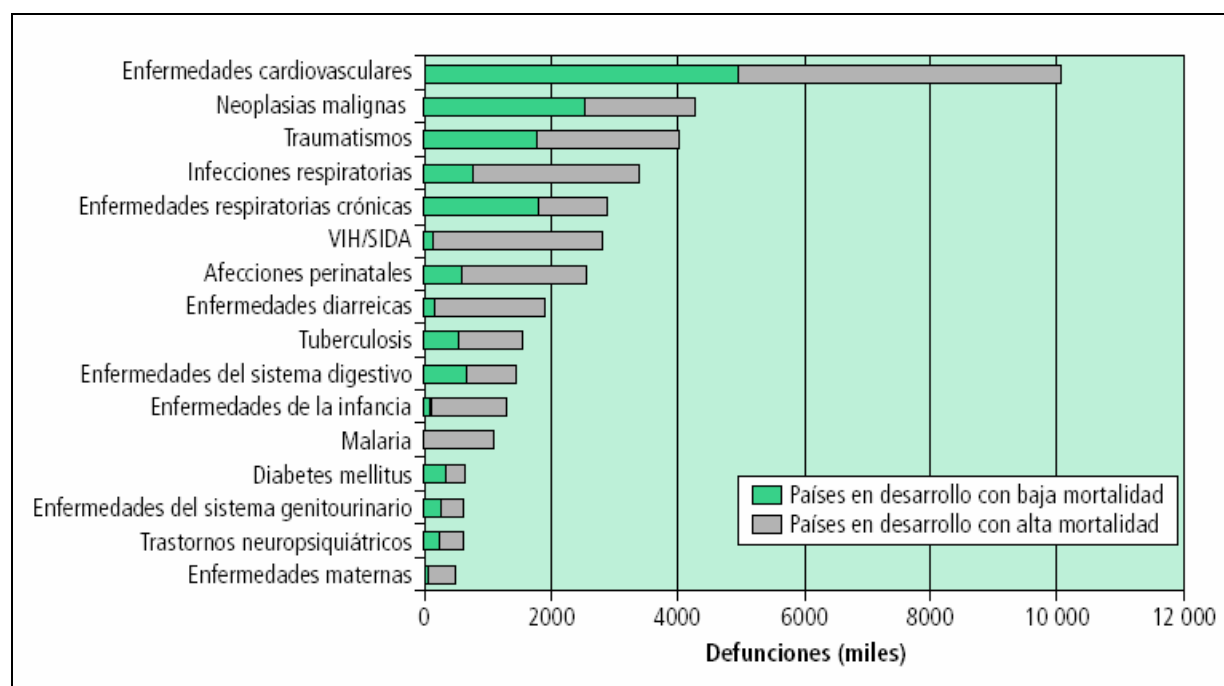


Figura 1.12. Muertes atribuidas a las 16 causas principales de defunción en los países en desarrollo, 2001. Tomado de Informe anual de la OMS, 2003.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) no sólo han aparecido prácticamente en todos los países – exceptuados los más pobres de todos –, sino que ya se han propagado de forma notable; esta carga cada vez mayor representa una amenaza real de entorpecimiento de desarrollo social y económico. Los factores de riesgo sirven de indicadores de estado de salud futuro y cinco de las 10 principales amenazas mundiales guardan relación con enfermedades no transmisibles, como la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la hipercolesterolemia, la obesidad o el sobrepeso. (Informe anual OMS, 2002).

En el mundo de hoy la mayoría de las muertes se debe a las enfermedades no transmisibles (32 millones), y de éstas más de la mitad (16,7 millones) son imputables a las ECV; más de una tercera parte de esas defunciones se dan en adultos de mediana edad. Además es sabido que en los países desarrollados las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares constituyen la primera y la segunda causa de defunción entre los hombres y las mujeres. Estos hechos, de sobra conocidos, apenas suscitan sorpresa. En cambio, lo que sí resulta asombroso es que en algunos países en desarrollo las ECV también han pasado a representar, respectivamente, la primera y la segunda causa principal de defunción y son responsables de una tercera parte de la carga total de mortalidad. (Informe anual OMS, 2002).

Por lo que fue dicho antes, destacamos en este apartado las ECV y no se aportará de forma efectiva otras enfermedades degenerativas que también figuran entre las principales causas de defunción en los países en desarrollo según clasificación de la OMS. Los trabajos científicos relacionados con las EVC son más frecuentes y más aceptados por la comunidad sanitaria en general por su alto grado de calidad, así como por estar directamente relacionado con el área de AF, evidenciando las ventajas del ejercicio regular para la prevención de las ECV.

Lo cierto es que actualmente el número de muertes atribuibles a las ECV asciende ya en los países en desarrollo al doble que en los países desarrollados. En términos globales, las enfermedades cardiovasculares ocupan en los países en desarrollo el tercer puesto dentro de la carga de morbilidad detrás de los traumatismos y los trastornos neuropsiquiátricos. Incluso en los países en desarrollo con alta mortalidad, las ECV figuran en un puesto destacado. Un factor particularmente preocupante es que en estos países las muertes causadas por ECV se producen en edades relativamente tempranas, en comparación con las regiones desarrolladas (Yusuf y cols., 2000).

No hace falta ser experto del área de la salud para darse cuenta de cómo ha cambiado el estilo de vida de los habitantes de las grandes ciudades en los últimos cincuenta años. Es muy cierto que la gran mayoría de las innovaciones aportadas por la medicina, la química, la física, la industria y los servicios han propiciado grandes beneficios al bienestar económico y social de los seres humanos, pero no es menos cierto que algunas de las prácticas sociales sobrevenidas con la abundancia han influido muy negativamente (al menos en ciertos aspectos) sobre la vida y las costumbres de los pobladores del final del siglo XX e inicio del siglo XXI, en especial de los ciudadanos de los países desarrollados y en desarrollo. La abundancia, en lugar de mejorar las condiciones de vida de la población, crea una serie de problemas íntimamente relacionados con la forma de obtención de la riqueza (fábricas, industrias) y con la forma de su distribución (aumento en las diferencias entre ricos y pobres), hecho muy evidente en Brasil. Aunque sobre todo influya poderosamente en la adopción de los hábitos de vida, muchas de las cuales, si bien reportan más placer a los usuarios, no es menos cierto que influyan negativamente en sumo grado sobre la salud psicofísica.

Se ha dicho que la vida moderna se caracteriza por la existencia de “cinco demasiados y un poco”: demasiado tabaco, demasiado alcohol, demasiado estrés, demasiadas drogas, demasiada comida y poco ejercicio (Marco Becerro, 1989).

Las enfermedades degenerativas constituyen una de las principales causas de muerte en los países desarrollados y en las grandes ciudades de países en desarrollo, como es el caso de Brasil.

Deepak Chopra (2001), en el libro *conexión salud*, aporta la influencia de los estilos de vida en la salud de las personas. Cuando habla de la dieta para las personas hipertensas, advierte que además de la sal, otros ítems de nuestra dieta también son apuntados como causas posibles de la tensión alta. Entre los principales sospechosos están: el alto porcentaje de grasas saturadas presentes en la nata y en gran cantidad de carnes; la hormona estrógeno y elementos químicos asociados, cuyo uso se volvió práctica común en la industria pecuaria; y la falta de fibras ocasionadas por el consumo de productos industrializados en detrimento de cereales integrales, frutas y verduras. Según este autor, los pésimos hábitos alimentarios son responsables para casi todas las llamadas enfermedades de la civilización.

Una vez que en la mayor parte de los casos la causa de la hipertensión es desconocida, no existe ningún método preventivo establecido. Sin embargo, ciertos factores de riesgo son bien conocidos. El sobrepeso, no hacer ejercicio regularmente, antecedentes familiares de hipertensión, entre otros. Las terapias que ayudan a las personas a perder peso, dejar de fumar y a practicar ejercicios regulares se muestran eficaces en el combate de la hipertensión. Una vez más, la cuestión fundamental es la disposición de las personas a cambiar algunos hábitos de comportamiento por el tiempo que les queda de vida.

Dentro de las enfermedades cardiovasculares existen varios tipos distintos, sin embargo las de mayor incidencia son las relacionadas con la aterosclerosis y especialmente con la enfermedad de las arterias coronarias.

La aterosclerosis es una afección de las arterias de mediano y gran calibre caracterizada por un engrosamiento circunscrito y excéntrico de la pared más interna del vaso, capaz de crecer y obstruir su luz. Las lesiones de la aterosclerosis se asientan principalmente en la aorta, en las femorales, en las poplíteas y en las tibiales, en las carótidas internas y externas, en las renales y en las cerebrales (Marcos Becerro, 1999).

En relación con las enfermedades cardíacas, las enfermedades coronarias son la causa principal de muerte en los EUA y en el resto del mundo occidental. Los factores de riesgos de estas enfermedades cardíacas, de acuerdo con la American Health Association (Nieman, 1999), se reflejan en la Tabla 1.13.

Tabla 1.13. Predominancia de los factores de riesgos de enfermedades cardíacas de acuerdo con American Health Association

Principales factores de riesgos que pueden ser alterados	% de americanos con factores de riesgos
1. Tabaquismo 2. Tensión alta 3. Colesterol alto 4. Inactividad física	1. 25% 2. 25% (>140/90mmhg) 3. 20% (>240mg/dl) 4. 60%
Principales factores de riesgos que no pueden ser alterados 1. Herencia 2. Ser del sexo varón 3. Aumento de la edad	3. 13% (edad superior a 65 años)
Otros factores contribuyentes 1. Diabetes 2. Obesidad 3. Estrés	1. 7% 2. 33%

Fuente: Nieman, D. (1999). *Exercício e Saúde*. São Paulo: Ed. Manole.

Howley y Franks (1995) también confirman que entre los factores de riesgos relacionados con las enfermedades cardiovasculares que no pueden ser alterados se incluyen los antecedentes familiares de enfermedades cardíacas prematuras, el sexo (los hombres tienen más riesgos), la raza (los afro-americanos tienen riesgo más alto) y la edad (el riesgo aumenta conforme nos vamos haciendo mayores). Sin embargo, una gran parte de los riesgos relacionados con los antecedentes familiares incluyen una dieta insalubre, el tabaquismo y el comportamiento estresante que suelen ser transmitidos de padres para hijos.

Otras características que aumentan el riesgo son el tabaquismo, los niveles altos de colesterol en la sangre, la hipertensión arterial, la intolerancia a la glucosa, las grasas, la incapacidad para enfrentarse al estrés y los bajo niveles de Actividad Física y de capacidad cardiorrespiratoria. La parte positiva es que muchas de estas características pueden alterarse favorablemente con hábitos saludables (Nahas, 2001).

El estilo de vida y las enfermedades degenerativas en el caso de Brasil

Gracias a los avances en la medicina (sobre todo, el control de las enfermedades infecciosas por medio de las vacunas y las terapias antibióticas) y las mejores condiciones higiénicas, la esperanza de vida en Brasil ha aumentado. El número de personas de edad

avanzada se eleva constantemente, con ello aumenta también la probabilidad de que se manifieste las enfermedades cardiovasculares de tipo degenerativo. Además de ello, el aumento de la longevidad puede conducir al proceso degenerativo de los sistemas orgánicos causados por un desgaste más o menos natural y relacionado con la edad.

En Brasil, las neoplasias malignas – el cáncer – vienen aumentando a igual medida en que ocurre el control progresivo de otras enfermedades y el consecuente envejecimiento de la población. En 1999 ésta fue la causa de setenta muertes por cada cien mil habitantes, con mayor incidencia en las regiones Sur y Sudeste, que es donde se registra de ochenta y nueve a ciento y dos muertes por cien mil habitantes, respectivamente (Ministerio de Sanidad - Brasil, 1988).

El envejecimiento de la población brasileña tiene aún como efecto el aumento de la mortalidad por diabetes mellitus que, en 1999, presentó una tasa de 19,3% para cien mil habitantes, con valores mayores para mujeres (22,1%) que para hombres (16,4%). Sao Paulo es la ciudad con mayor índice de esta enfermedad, 10% para cien mil habitantes (Ministerio de Sanidad, Brasil - DATA SUS, 2001).

Entre las causas de muertes en Brasil, las enfermedades del aparato circulatorio presentan la principal causa en el país (32%) y en todas las regiones, seguida por causas externas (15%). En las muertes por causas externas se destacan los homicidios y los accidentes de transportes, con un sobre-mortalidad en varones jóvenes. (Informes Salud - Ministerio de Sanidad, Brasil, 2002).

Se debe considerar una hipótesis muy interesante que puede asociar algunas muertes de causa externa con el estilo de vida de la población. Los accidentes de transportes tienen una fuerte relación con el consumo de alcohol, principalmente cuando se sabe que el mayor número de víctimas son hombres jóvenes, los mayores consumidores de alcohol en la sociedad. La violencia y los homicidios también presentan este vínculo con el consumo de alcohol y drogas no institucionalizadas, y aunque las investigaciones en esta área aún no sean satisfactorias, si puede hipotetizar en esta relación.

Por otra parte las principales causas de internación en el Sistema Único de Salud - SUS de Brasil, en 2001, han sido embarazo, parto y puerperio (24%), enfermedades de aparato respiratorio (16%) y aparato circulatorio (10%).

La distribución de las causas presenta diferencias regionales, como las enfermedades circulatorias, que tiene mayor proporción en la región sudeste (donde se encuentran las mayores ciudades brasileña, como Rio de Janeiro y São Paulo) y la menor en la región norte (Informes Salud, Ministerio de Sanidad, Brasil, 2002).

Estos datos de salud en Brasil indican con claridad la estrecha relación de los estilos de vida con la salud de la población, ya que países en desarrollo en la América Latina vienen presentando características muy parecidas en relación con las enfermedades crónicas degenerativas tan comunes en los países desarrollados, principalmente en los grandes centros urbanos.

Nos gustaría terminar este apartado con los siguientes cuestionamientos: ¿Podríamos imaginar como serían los hospitales si las personas no consumiesen alcohol, tabaco y drogas? y además teniendo en cuenta lo dicho antes ¿Y si las personas tuviesen una alimentación equilibrada y sana y practicasen Actividad Física regularmente? ¿Por qué las políticas de salud ya no actúan de forma efectiva (en la práctica) en la perspectiva de la PS, cuando tenemos datos científicos tan evidentes (datos de la OMS y OPS)? ¿Por qué la comunidad médica no actúa en la causa de la enfermedad, siguiendo preocupadas con síntomas aislados?

3.1.2 - La relación de la Actividad Física con la salud

Este tema está muy difundido en la sociedad moderna, aunque sepamos que esta relación no es de hoy; se tiene conocimiento de esta relación desde la Grecia clásica.

La promoción de la Actividad Física relacionada con la salud está siendo objeto de un creciente interés por parte de todos los agentes sociales y organizaciones. Este interés se justifica por la gran necesidad de la sociedad moderna en estudiar los estilos de vida de las personas y su influencia en la salud.

Empezando en los años cuarenta con pioneros del acondicionamiento físico como T. K Cureton, Bruno Balker y Meter Karpovich (citado por Sharkey, 1998), numerosos estudios experimentales exploraron los efectos de la AF regular sobre los componentes de la condición física, especialmente de la capacidad cardiorrespiratoria y la composición corporal. Estos estudios llevaron a la declaración del “Colegio Americano de Medicina del Deporte” (ACSM)

de 1978, con Michael Pollock como autor principal, sobre la cantidad y el tipo de actividad necesaria para mejorar dicha condición (ACSM, 1978)¹⁰.

Durante el mismo período de tiempo, estudios epidemiológicos exploraban factores de riesgo de varios problemas de salud, especialmente enfermedades cardíacas. Actividad física, inadecuadamente medida, fue una parte secundaria de muchos de estos estudios; sin embargo, hubo varias investigaciones que compararon población más activa y menos activa, casi siempre encontrando menos riesgo entre los individuos activos. Progresivamente, más atención fue dada al papel de la actividad física en estudios con grupos poblacionales más grandes.

Dos de los principales estudios epidemiológicos poseían datos suficientes para analizar diferentes niveles de AF (Paffenbarger y cols., 1994) y de acondicionamiento cardiorrespiratorio (Blair y cols., 1989) para determinar riesgos relacionados con la mortalidad por enfermedades cardíacas y con otras causas. Esos estudios confirmaron las observaciones anteriores sobre la importancia de los niveles más bajos de actividad con el incremento del riesgo de enfermedad.

La declaración de 1978 proclamaba que los individuos sedentarios podrían reducir bastante su riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas y otros problemas de salud, simplemente practicando apenas 30 minutos de actividad ligera a moderada en la mayoría de los días de la semana. Beneficios adicionales en el acondicionamiento pueden ser alcanzados, incrementando esa frecuencia y practicando de 3 a 5 días de la semana actividad aeróbica vigorosa. Pero el mayor beneficio lo obtuvieron los individuos sedentarios norteamericanos que comenzaban a practicar, aunque tan solo fuera un poco, ejercicio todos los días (Pate y cols., 1995).

Consideradas las relaciones entre la práctica de Actividad Física con la salud de estos primeros estudios americanos, a continuación se muestran las perspectivas, los modelos y algunas características que marcan dichas relaciones.

El modelo bajo el cual se han realizado la mayoría de las investigaciones sobre la relación entre la actividad física, para mejorar la forma física y salud, es el que apoya que la

¹⁰ Estas recomendaciones fueran revisadas presentando ligeros cambios (ACSM, 1990, 1998), pero siguen siendo el patrón para la mejoría del acondicionamiento físico.

AF para mejorar la forma física es uno de los mediadores en los efectos de ésta sobre la salud (Bouchard y cols., 1990). El modelo lineal Actividad Física = condición física = salud, corresponde al denominado paradigma centrado en la condición física, en torno al cual se han llevado a cabo la mayoría de las investigaciones hasta finales de los años 80.

La OMS define la aptitud física como la capacidad para realizar trabajo muscular de forma satisfactoria. Teniendo en consideración esta definición, se considera apto un individuo que tenga las características que le permitan un buen rendimiento en una tarea motora con un involucramiento físico, social y psicológico específico (Bouchard y cols., 1994).

La aptitud física está generalmente enfocada en dos vertientes, una vertiente relacionada con el rendimiento deportivo y otra con la salud. Aunque todos los componentes dependen de factores genéticos, los relacionados con la habilidad atlética lo hacen en mayor medida que los relacionados con la salud, ya que éstos responden mucho mejor a la Actividad Física y al entrenamiento (Pate, 1983).

En términos conceptuales, Pate (1988) definió aptitud física relacionada a la salud como la capacidad de: *“realizar las actividades cotidianas con vigor y energía; y demostrar rasgo y capacidad asociada a un bajo riesgo de desarrollo prematuro de disturbios orgánicos provocados por la falta de Actividad Física”*.

Los conceptos de aptitud física relacionada a la salud implican la participación de componentes relacionados con las dimensiones morfológicas, funcional-motora, fisiológica y comportamental (Figura 1.13).

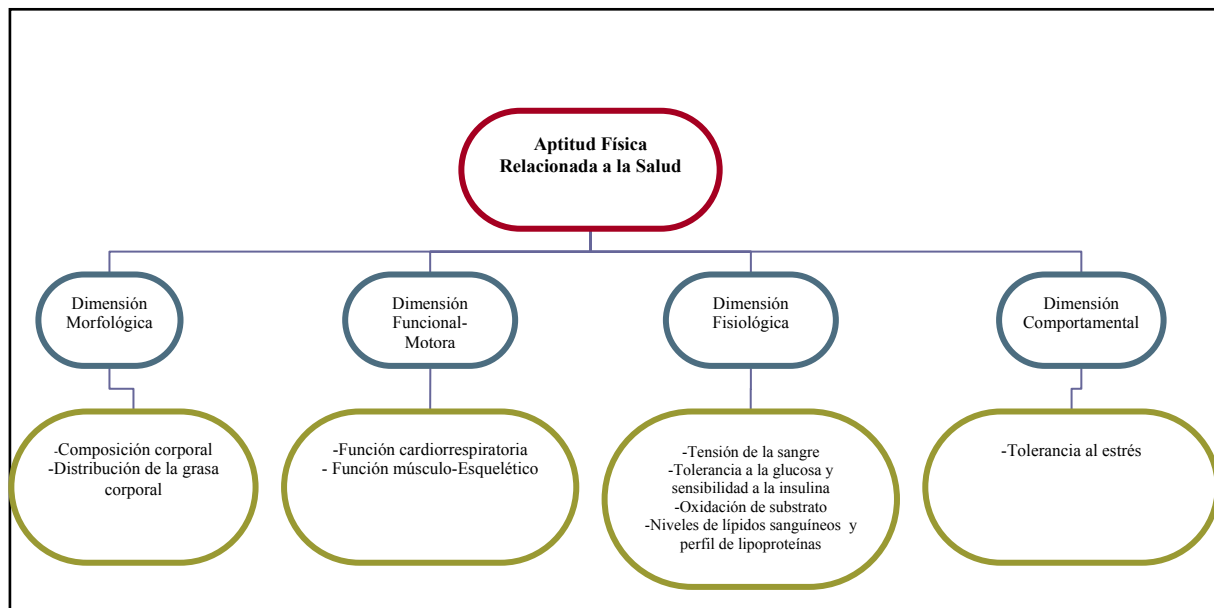


Figura 1.13. Componentes de la aptitud física relacionada a la salud. Tomado de Pate, R. (1988). The evolving definition of physical fitness. *Quest*, 40, 178.

La dimensión morfológica reúne aquellos componentes que se identifican con la composición corporal y la distribución de la grasa corporal que presenta alguna relación con el mejor estado de salud. La dimensión funcional-motora engloba la función cardiorrespiratoria, representada por el consumo máximo de oxígeno, y la función músculo-esquelética, que corresponde a los índices de fuerza / resistencia muscular y amplitud de movimiento. La dimensión fisiológica, también denominada de aptitud fisiológica, incluye aquellos componentes en que algunos valores clínicos son más deseables que otros en la prevención del mejor funcionamiento orgánico. En este caso, los componentes son: tolerancia a la glucosa y la sensibilidad a la insulina, la oxidación de sustratos, los niveles de lípidos de la sangre y el perfil de las lipoproteínas. La dimensión del comportamiento se refiere a los componentes relacionados con la tolerancia al estrés.

La relación existente entre la Actividad Física, aptitud física y salud son ilustradas por Paffenberger y cols. (1994) a través del diagrama de la Figura 1.14, donde la aptitud física aparece como mediador entre la Actividad Física y la salud.

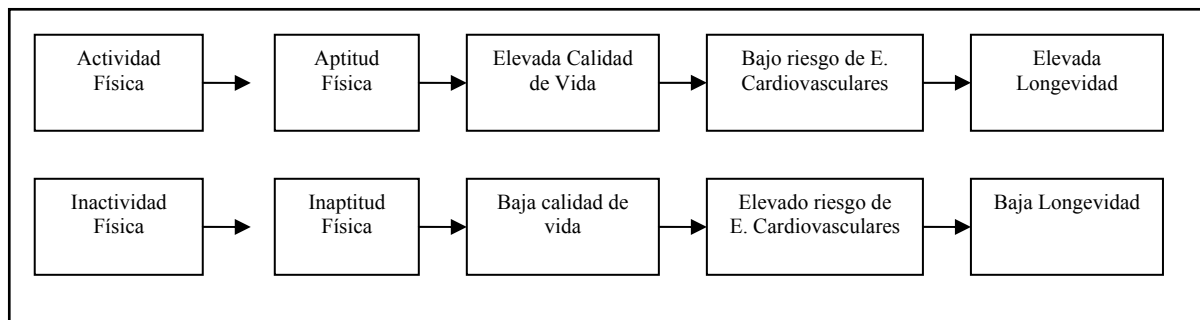


Figura 1.14. Diagrama sobre las relaciones de la Actividad Física, aptitud física y la salud. Tomado de Paffenbarger, R.; Hyde, R. T; Wing, A. L; Lee, I-M.; Kampert, J. B. (1994). Some interrelations of physical activity, physiological fitness, health and longevity. In: C. Bouchard, R.; J. Shepherd; T. Stephens (eds.). *Physical Activity, Fitness and Health. International proceedings and consensus statement*. Human Kinetics. Champaign.

Varias investigaciones muestran una asociación positiva entre la aptitud física y la salud. Blair y cols. (1989) verificaron un menor grado de mortalidad (18.6 por 10.000 sujetos) en los individuos con niveles elevados de aptitud física (aptitud cardiorrespiratoria) que de bajo nivel de aptitud (64.0 por 10.000 sujetos). Sin embargo, dado que los hábitos de AF y la aptitud están ligados, estos resultados pueden implicar que los efectos de la Actividad Física en la salud sean mediados a través de los niveles de aptitud física de los sujetos.

Williams (2000) ha hecho un análisis donde fueron incluidos múltiples estudios longitudinales sobre la relación entre la AF, la aptitud física y la salud. El autor procuró establecer la relación estímulo-respuesta entre las enfermedades cardiovasculares, la AF y la aptitud física. Él es contrario a la idea más común; para él la aptitud física es un factor más importante que la AF en la prevención de las enfermedades cardiovasculares y en el aumento de la longevidad.

En la opinión de Paffenbarger y cols. (1994) tanto la AF como la aptitud física son variables capaces de favorecer la salud y la longevidad.

López Morajes (2002) dijo que gran parte de la población puede tener un adecuado estado de salud, desde el punto de vista físico, mental o social, pero con una condición física deficiente, o al menos con una respuesta en laboratorio inferior a la que cabría esperar. Además dijo que quizás el estilo de vida activo tiene una relación directa con el grado de salud, pero no con la mejora de los parámetros con los que se suelen valorar la condición física. Por otro lado, un sujeto sedentario, y por tanto deficiente desde el punto de vista del grado de salud, puede ofrecer unos resultados de condición física en laboratorios aceptables.

Por tanto, es posible ser activo y tener una deficiente condición física, y ser sedentario, con buena condición física.

La explicación a esta aparente paradoja es que la influencia de los genes es notable. Se cree que entre el 25% y el 40% de la condición física de un sujeto depende de la herencia. Esto quiere decir que sólo el 60% - 75% depende de nosotros: una dieta sana o un programa de entrenamiento adecuado.

No obstante, si un sujeto sedentario se convierte en activo, aunque no realice ejercicio de gran intensidad, mejorará sensiblemente su salud, y muy probablemente su condición física, a medida que su genética se lo permita.

La condición física es una característica individual y cambiante de las personas, susceptible de variar con la práctica física. Cada persona responde de una manera distinta al esfuerzo físico, incluso tratándose de la misma actividad. Esto es debido a que cada una de ellas posee una capacidad biológica y funcional distinta en un momento determinado y a que las relaciones entre la AF, la condición física y la salud son complejas.

Devís y Peiró (2001) afirman en su trabajo que lo que resulta destacable es que la Actividad Física puede influir en la salud haya o no haya mejoría en la condición física, y que la AF está al alcance de todos porque todos pueden hacer “algún” tipo de actividad, mientras que la mejoría de la condición física no siempre se consigue debido a su dependencia genética.

Sin embargo, actualmente en el ámbito de la salud se le concede mayor importancia al paradigma orientado a la Actividad Física (Figura 1.15), según el cual la condición física y la AF ocupan posiciones independientes, a la vez que interrelacionadas, en la influencia que manifiestan sobre la salud de los individuos. Sin duda hoy las investigaciones apuntan para que tanto el incremento de la AF habitual de una persona, como la condición física de la misma, estén asociados a una mejoría de los índices de salud. (Baranowski y cols., 1992; Saris, 1986 citado por Delgado y Tercedor, 2002).

Las tres perspectivas que relacionan la Actividad Física a la salud (Devis y Peiró, 2001) son: 1) la perspectiva rehabilitadora: el papel rehabilitador considera que la Actividad Física actúa como un medicamento, es decir, un instrumento mediante el cual puede recuperarse la función corporal enferma o lesionada y paliar sus efectos negativos sobre el

organismo; 2) la perspectiva preventiva: utiliza la Actividad Física para reducir el riesgo de que aparezcan determinadas enfermedades o se produzcan lesiones; 3) la perspectiva orientada al bienestar: este tercer rol consiste en tomar a la Actividad Física como un elemento de desarrollo personal y social, independiente de su utilidad para la rehabilitación o prevención de las enfermedades o lesiones. Es decir, se trata de ver en la AF un factor que puede contribuir a la mejoría de la existencia humana de manera que permita hablar de calidad de vida (Figura 1.15).

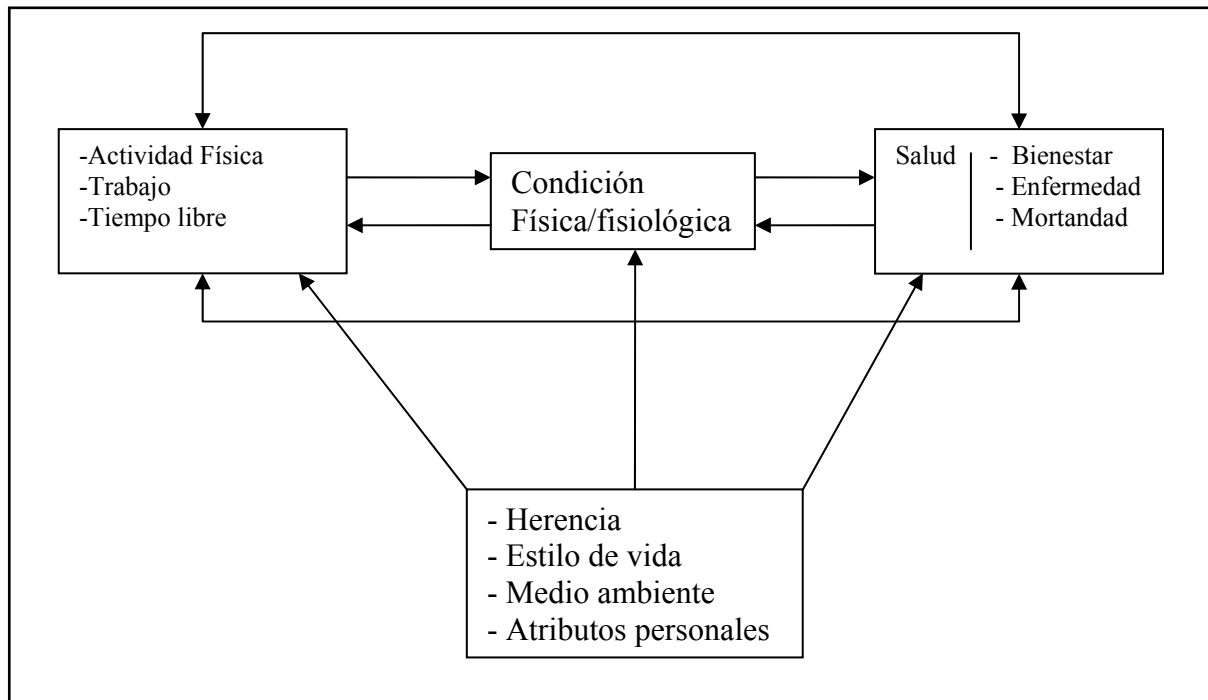


Figura 1.15. Interacciones entre Actividad Física, condición física y salud. Adaptado de Bouchard, C., Shephard, R. J., Stephens, T., Sutton, J. R., McPherson, B. D. (1990). Exercise, Fitness and Health. A Consensus of Current Knowledge. Human Kinetics, Champaign.5.

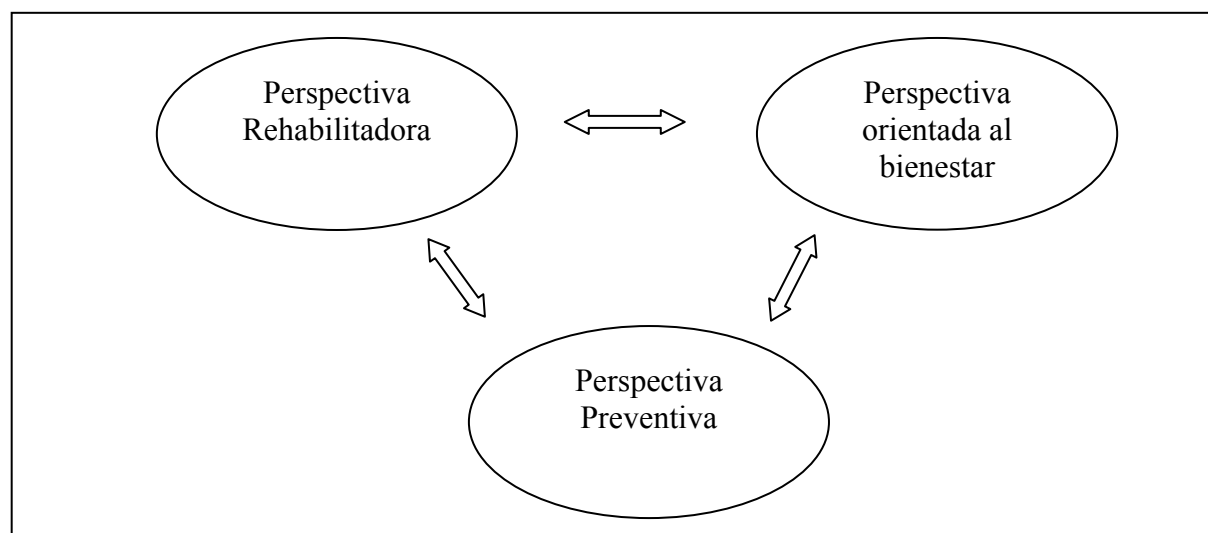


Figura 1.16. Perspectivas de relación entre la Actividad Física y la salud. Tomado de Devís, J. C., Peiró, C. (2001). *Fundamentos para la promoción de la actividad física relacionada con la salud*. En: José Devís Devís (org). *La Educación Física el Deporte y la Salud en el siglo XXI* (pp. 295-319). Alicante: Editorial Marfil.

La relación entre los beneficios y los riesgos es otro indicador de una Actividad Física relacionada con la salud. Es fundamental conocer los beneficios y los riesgos de la práctica de actividad física, pero de forma relacionada y no separada. La estrategia clave de actuación sobre este tema consiste en aumentar al máximo los beneficios y reducir al mínimo los riesgos.

Los beneficios y los riesgos de la AF sobre la salud bio-psico-social se encuentran aún en un estado de conformación y análisis profundo, para lo cual se requiere sobre todo de estudios longitudinales donde se investiguen los diferentes hábitos de vida de las personas y su estado de salud en diferentes momentos evolutivos (Delgado y Tercedor, 2002).

Sin embargo, gran parte de los beneficios se dan cuando la AF realizada cumple una serie de criterios que la hacen saludable (de intensidad moderada, de realización frecuente y duradera), dado que el incremento del esfuerzo realizado, fundamentalmente debido al aumento de intensidad, suele condicionar una elevación de los riesgos por encima de los beneficios que aporta la AF, tal y como fue establecido por Powell y Paffenbarger en 1985 en la Figura 1.17.

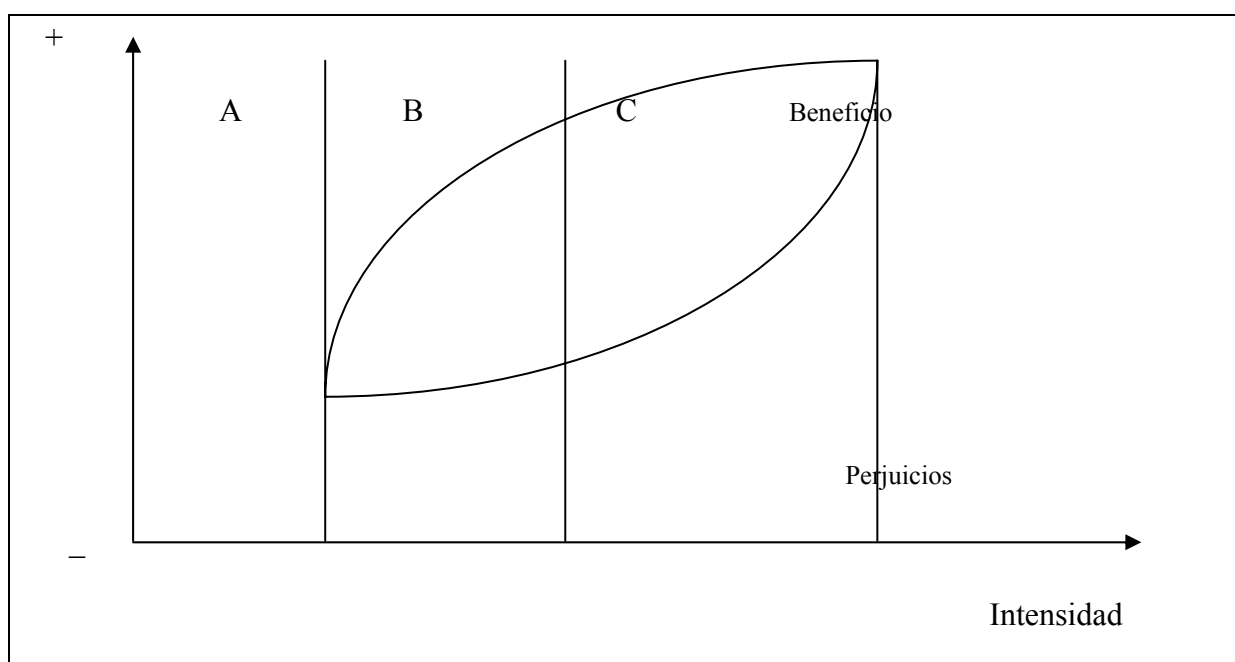


Figura 1.17. Beneficios y riesgos de la AF según la intensidad del esfuerzo. Tomado de Powell, K. E y Paffenbarger, R. S. (1985). Workshop on epidemiologic and the incidence of coronary disease: a summary. *Public health Reports*, 100:118-126.

El tipo o naturaleza de la actividad es otro factor a tener en cuenta porque influye en la intensidad, el control, el medio y el ritmo de ejecución. Actividades cíclicas aeróbicas pueden realizarse con intensidad distinta, controladas en gran parte por sus participantes. Los deportes practicados de forma competitiva, por ejemplo, exigen una alta intensidad, cambios de ritmo, control de objetos y oponentes, así como otros aspectos psicológicos y sociales. Al mismo tiempo que ofrecen un gran potencial para el disfrute y la relación social positiva, también poseen altos riesgos de lesión y malestar que deben ser tenidos en cuenta.

El Colegio Americano de Medicina del Deporte (Pate y cols., 1991), clasifica las actividades atendiendo al nivel de variabilidad de la intensidad. Veámoslo en la tabla siguiente.

Tabla 1.14 - Clasificación de Actividades Físicas según la variabilidad de la intensidad

	<i>Tipo de actividad</i>	<i>Mantenimiento de la intensidad</i>	<i>Variabilidad intensidad entre personas</i>
Grupo1	-Pasear -Ir de bicicleta -Carrera suave -etc	Más o menos constante	- Poca
Grupo2	-Nadar -Esquí de fondo -Etc	Más o menos constante para experimentados	- Depende de la habilidad
Grupo3	-Bailar -Baloncesto -Frontón -Etc	Poco o nada constante	- Mucha

Fuente: Pate, R. y cols. (1991). Guidelines for exercise testing and prescription (American College of Sport Medicine). Cuarta Edición. Lea and Febiger. Philadelphia.

La cantidad, el tipo de actividad y la variabilidad de la intensidad, en su relación con la salud, dependerán de la implicación o forma de realizarla (recreativa o de rendimiento); de la preparación anterior, así como de otras características individuales como son la edad, la capacidad física, el sexo o el nivel de discapacidad que tengan las personas participantes. El medio en que se realizan las Actividades Físicas también se debe tener en consideración.

Por todo ello, se destaca el papel fundamental de la Actividad Física en el conjunto de los comportamientos favorables de un estilo de vida saludable. Las investigaciones de una forma general nos lleva a admitir que estilos de vida activos, en conjugación con otros comportamientos tenidos por positivos, pueden ser benéficos para la salud (Pate y col., 1995).

3.2 - EFECTOS DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA SOBRE LA SALUD EN LA VIDA MODERNA

En las sociedades modernas, la revolución inducida por las nuevas formas de trabajo empieza a producir sus efectos, nefastos en algunos dominios, sobre todo en el aumento de la hipocinesia, cuyas consecuencias son manifiestas en el aumento de condiciones diferenciadas de morbilidad y disminución de la longevidad (Paffenbarger y Lee, 1996).

La investigación realizada sobre la relación entre la Actividad Física y estilos de vida ha ofrecido en líneas generales los siguientes resultados (Sanmartín, 2000):

- ▶ La Actividad Física está relacionada positivamente con la salud. Varios tipos de AF son efectivos para mejorar los aspectos mentales, sociales y físicos de las personas;
- ▶ La AF parece estar relacionada con otras conductas de salud tales como los hábitos de fumar, la alimentación, y la higiene. Si aumentamos la práctica de AF, podemos influir en otros hábitos de salud;
- ▶ Los años escolares representan un período crítico al desarrollo de hábitos de AF. Por ello es importante estudiar algunos factores tales como la motivación y las actitudes hacia la AF, así como las normas y reglas de la sociedad al respecto. Además hay que considerar que en el desarrollo juegan un papel fundamental los procesos de socialización, por lo que es necesario estudiar la influencia que tienen ciertos agentes como la familia, los padres, la escuela y los medios de comunicación sobre el desarrollo del estilo de vida de niños y jóvenes.

Se sabe del peligro que puede conllevar la AF no controlada o mal planificada, y además somos conscientes de los diversos problemas tanto físicos como psíquicos frutos de la práctica generalmente intensiva de AF (ver apartado 4.1.2); pero no vamos a detenernos aquí en los efectos negativos producidos por la AF en la salud, que aunque sean de gran importancia, no tiene relación directa con nuestro objeto de estudio. Por lo tanto, en los próximos apartados nos centramos en los beneficios de carácter biológico y psicosocial.

3.2.1 - Los beneficios de carácter biológico

Los beneficios y los riesgos (en menor grado) físicos o biológicos han sido los más estudiados en la investigación hasta nuestros días (Bouchard y cols., 1990 y 1994; D'Amours, 1988; Heyward, 1996; Ortega, 1992; Serra, 1996).

La Actividad Física y la salud es un tema ampliamente aceptado ahora entre autoridades médicas a nivel mundial (Caspersen y Merrit, 1995). Vivir de forma inactiva dobla el riesgo de mortandad al igual que el riesgo de hipertensión y dislipidemia, siendo sólo un poco menor que el producido por el consumo de tabaco. La falta de ejercicio se considera actualmente el cuarto factor de riesgo primario causante de la enfermedad coronaria y de infarto, estando también relacionada con el aumento de riesgo de diabetes, osteoporosis y algunos cánceres. Además, las reducciones en los niveles de actividad son ampliamente reconocidas como un contribuyente fundamental en la incidencia creciente de la obesidad que está ahora extendida en los países europeos (Prentice y Jebb, 1995).

Un aspecto de la calidad de vida de un individuo es prevenir o retardar el desarrollo prematuro de los problemas de salud relacionados con el envejecimiento, prolongando las porciones saludables e independientes de la vida. Hay evidencias de que la Actividad Física esté relacionada con la reducción de los riesgos de desarrollo prematuro de muchos problemas de salud, incluyendo la arteriosclerosis (Moore, 1994), dolor en las espaldas (Landers y Petruzzello, 1994), cáncer (Lee, 1994, 2002; Wannamethee y cols., 2001 y Thune y col., 2001), enfermedades pulmonares crónicas (USDHHS, 1996), enfermedades cardiovasculares (Haskell, 1995, Cheung y cols., 2003 y Tanasescu y cols., 2003), diabetes (Gudat y cols., 1994; Hu F. B. y cols., 2001; Fulton-Kehoe y cols., 2001), hipertensión (Fagart y Tipton, 1994), obesidad (Hill y cols., 1994; Erlichman y cols., 2002), osteoporosis (Drinkwalter, 1994; Vuori, 2001) y artritis (Vuori, 2001).

El corazón, como todos los demás músculos, puede ser entrenado por el ejercicio regular. A medida que se pone más fuerte, su desempeño resulta mejor y más confiable. Así, la probabilidad de la ocurrencia de un ataque cardíaco es menor en las personas que se ejercitan regularmente. Y aunque ocurra un ataque por causa de otro factor de riesgo, el corazón puede volver a ser entrenado con ejercicio gradual.

La práctica regular de los ejercicios reduce el ritmo cardíaco de reposo. La presión sanguínea moderadamente elevada poco a poco disminuye. La carga de trabajo y la necesidad de oxígeno del corazón se reducen y el volumen sistólico (cantidad de sangre que el corazón bombea a cada contracción) aumentan (Yusuf, 2002).

Otra importante ventaja de la práctica de ejercicio es que reduce la coagulación de la sangre. Esto es ventajoso porque es el coágulo de la sangre en una arteria coronaria estrechada y arteriosclerótica el responsable del ataque cardíaco. La intensificación de la capacidad metabólica del cuerpo resulta en menos depósito de grasas. Los triglicéridos son reducidos y el colesterol HDL (tipo bueno) aumenta. Ambos cambios protegen el corazón de enfermedades cardiovasculares (Nieman, 1999).

Como fue visto anteriormente, los beneficios a largo plazo de la AF en términos de salud son bien conocidos, incluyendo riesgos reducidos de problemas graves de salud. Además, se puede percibir la mejoría de la función cardiorrespiratoria, fuerza, resistencia muscular, amplitud de movimiento y reducción de grasa corporal. Aunque normalmente nos detenemos en los efectos de la AF regular obtenidos a largo plazo (crónicos), parte de los beneficios de la AF son efectos a corto plazo.

Se puede decir, desde la perspectiva fisiológica, que además de la reducción en la tensión arterial en reposo, como consecuencia de la actividad crónica, hay una disminución adicional de la tensión arterial después de cada serie aguda de ejercicios.

Nieman (1999) hace un resumen de los beneficios de la Actividad Física regular para la salud, que se muestra en la Tabla 1.15. En este apartado se señalaran solamente algunos de los beneficios más significativos.

Tabla 1.15- Beneficios de la AF regular para la salud

Beneficios de la AF	Grado de certeza
Aptitud del cuerpo	
-Mejoría de la aptitud cardíaca y pulmonar	****
-Mejoría de la fuerza/masa muscular	****
Enfermedades cardiovasculares	
-Prevención del cáncer	****
-Regresión de la arteriosclerosis	**
-Tratamiento de las enfermedades cardíacas	***
-Prevención del derrame cerebral	**
Asma	
-Prevención	*
-Tratamiento	***
Infección y Inmunidad	
-Prevención de resfriado común	**
-Mejoría de la inmunidad global	**
-Progresión más despacio de HIV para SIDA	*
-Mejoría de la calidad de vida del infectado por HIV	***
Hipertensión arterial	
-Prevención	****
-Tratamiento	****
Tabaquismo	
-Mayor logro en su abandono	**

Tabla 1.15- Beneficios de la AF regular para la salud (continuación)

Beneficios de la AF	Grado de certeza
Cáncer	
-Prevención del cáncer de colon	****
-Prevención del cáncer de mama	**
-Prevención del cáncer uterino	**
-Prevención del cáncer de próstata	**
-Prevención de otros cánceres	*
-Tratamiento del cáncer	*
Diabetes	
-Prevención no insulino-dependiente	****
-Tratamiento no insulino-dependiente	***
-Tratamiento insulino-dependiente	*
-Mejoría de la calidad de vida del diabético	***
Osteoporosis	
-Auxilio en la mejoría de la densidad ósea	****
-Prevención de la osteoporosis	***
-Tratamiento de la osteoporosis	**
Artritis	
-Prevención de la artritis	*
-Tratamiento/cura de la artritis	*
-Mejoría de la calidad de vida/aptitud física	****
Control del peso	
-Prevención de la ganancia de peso	****
-Tratamiento de la obesidad	**
-Mantenimiento del peso perdido	***
Colesterol/lipoproteínas de la sangre	
-Colesterol total de la sangre más bajo	*
-LDL	*
-Triglicérido más bajo	***
-Aumento del HDL-colesterol	***

Nota: La tabla se basa en un programa de aptitud física total que incluye la AF destinada a la mejoría tanto de la aptitud aeróbica cuanto del músculo esquelético.

***** Un gran consenso, con pocos o ninguno dato tiene conflicto;*

**** La mayoría de los datos son de soporte, pero más investigaciones son necesarias para elucidación;*

*** Algunos datos son de soporte, pero más investigaciones son necesarias;*

** Pocos o ninguno datos soporte.*

Fuente: Nieman, D. (1999). *Exercício e Saúde*. São Paulo: Ed. Manole.

Los efectos fisiológicos negativos ocasionados por la falta de Actividad Física producen alteraciones estructurales, sobre todo debidas a atrofas más o menos acusadas de los órganos no utilizados o infrautilizados. Según Sánchez Bañuelos (1996), las alteraciones hipocinéticas más comunes son las siguientes:

- ▶ Trastornos reguladores del sistema cardiovascular;
- ▶ Algunas formas severas de hipertensión;
- ▶ La arteriosclerosis;
- ▶ Insuficiencia coronaria e infarto de miocardio;
- ▶ Neurodisonía;
- ▶ Obesidad;

- ▶ Alteraciones posturales con repercusiones óseas, ligamentosas y musculares de la columna;
- ▶ Algunas alteraciones caracterizadas por debilidad funcional prematura.

La Actividad Física practicada de forma adecuada puede contribuir decisivamente para apaciguar algunos factores de riesgo, reduciendo de forma significativa el desarrollo de ciertas enfermedades mediante la mejoría de la capacidad funcional de los individuos, la cual, a su vez, deberá contribuir para una mejoría en el nivel de la calidad de vida.

Ante tantas constataciones, creemos en la importancia de la práctica de Actividad Física hacia la salud, además de un estilo de vida sano, como contribuyentes para una óptima calidad de vida.

3.2.2 - Los beneficios de carácter psicosocial

En este apartado no vamos a separar los beneficios de carácter psicológico de los sociales, incluso porque es una tarea muy difícil. Vamos a hablar siempre de una forma general, aunque los aspectos psicológicos sean más contemplados en este apartado.

La Actividad Física moderada y regular tiene efecto benéfico sobre la salud mental. Aunque las investigaciones en esta área estén aún empezando, hay evidencias de estudios epidemiológicos que indican que el nivel de Actividad Física está asociado positivamente con la buena salud mental, cuando ésta es definida como buen humor, bienestar general y síntomas relativamente esporádicos de ansiedad y depresión (Stephens, 1988).

Estudios demuestran que el ejercicio físico puede auxiliar a las personas a relajarse y a soportar de forma eficiente el estrés de una vida agitada por el trabajo profesional (Weinberg y Gould, 1996).

La sensación de bienestar que las personas sienten durante y / o después del ejercicio se debe entre otra causa al efecto tranquilizador de las endorfinas producidas por el cerebro. Las personas que se ejercitan regularmente se sienten mejor, duermen mejor y piensan mejor. El desempeño sexual también mejora, en virtud del aumento de la circulación en la región pélvica y de la sensación de vitalidad. Estos beneficios subjetivos generalmente se reflejan en una mejoría de la relación con la familia y amigos. Las personas que practican ejercicio físico pueden vivir mucho mejor con el estrés (Chopra, 2001).

Los efectos de carácter psicológicos son diversos; vamos a hacer referencia a aquellos aspectos que se encuentran relacionados con el estado general de la salud psicológica del individuo.

Son muchas las investigaciones en esta área, aunque no sean satisfactorias. Leith y Taylor (1990 citado por Sánchez Bañuelos, 1996), realizaron una revisión sobre este tema en la década de 1980-90 y concluyen que el ejercicio físico practicado regularmente, de forma continuada, produce beneficios de carácter psicológico.

Weyerer y Kupfer (1994), citado por Sánchez Bañuelos (1996: 53), realizaron una revisión sobre la relación entre el ejercicio y la salud psicológica en adultos sedentarios y señalan que no se han constatado efectos benéficos en estudios longitudinales. Pese a que no reconocen la existencia de una explicación causal para los efectos, proponen los siguientes mecanismos como los más probables:

Mecanismo de carácter biológico

- ▶ Incremento en la temperatura corporal debido al ejercicio físico, lo que resulta un efecto tranquilizador a corto plazo;
- ▶ El ejercicio regular facilita la adaptación al estrés, ya que incrementa la actividad adrenal, de forma que las reservas de esteroides disponibles aumentan como resultado de un ejercicio físico regular;
- ▶ Reducción del potencial nervioso del músculo en reposo después de realizar ejercicio, lo que ocasiona una liberación de la tensión;
- ▶ El ejercicio facilita la neurotransmisión de la norepinefrina (noroadrenalina), la serotonina y la dopamina, lo que provoca una mejoría del estado de ánimo;
- ▶ Mejoras psicológicas como resultado de la liberación de endorfinas a causa del ejercicio.

Mecanismo de carácter psicológico:

- ▶ Una mejor condición física dota a la persona de una sensación de competencia, control y autosuficiencia;
- ▶ El ejercicio es una forma de medicación que desencadena un estado de conciencia alterado y más relajado;
- ▶ El ejercicio es una forma de biofeedback que enseña a los individuos a regular su propia activación;

- ▶ El ejercicio proporciona distracción, diversión, o tiempo de evasión de pensamiento, emociones y conductas desagradables.
- ▶ El refuerzo social entre los practicantes puede conducir a estados psicológicos mejorados;
- ▶ El ejercicio compite con estados negativos como la ansiedad y la depresión, en los sistemas cognitivos y somáticos.

Pérez Samaniego (1999) ha hecho una revisión más reciente sobre este tema, siguiendo a autores como Blanco (1994), Boone (1994), Plasencia y Bolívar (1989), American College of Sport Medicine (1991), Sánchez Bañuelos (1996), Toro (1996) y Weinberg y Gould (1996), y establece los siguientes beneficios, considerando que la mayoría de ellos han sido obtenidos mediante análisis correlacional.

Beneficios psicológicos:

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

De las excelentes revisiones de Hugles, Morgan y Dish (citado por Marco Becerro, 1999) se pueden obtener datos suficientes de la acción del ejercicio sobre las funciones mentales. De acuerdo con estos autores, la Actividad fFísica aumenta el redimiendo académico, a la vez que mejoría los aspectos positivos de la personalidad, la confianza, la estabilidad emocional, la independencia, la memoria, la percepción, el autocontrol, la imagen positiva del cuerpo, la satisfacción sexual, el bienestar, la eficiencia en el trabajo y la popularidad; a la vez que disminuyen el absentismo laboral, el consumo de alcohol, la ansiedad, la confusión, la cólera, la depresión, el dolor de cabeza, la hostilidad, la fobia, la conducta psicótica, la tensión emocional y los errores laborales.

Hay otros autores que son más críticos con relación a esta temática. Bauman (2003) afirma que hay pocos estudios en el área que relaciona la AF con la salud mental que traigan evidencias claras. Los estudios clínicos (Fox, 1999 y Lawlor y col., 2001) que han explorado la ansiedad o depresión tienen una muestra pequeña. Es aun más crítico cuando afirma que las

investigaciones relacionadas con el bienestar psicosocial aun son menos claras, y reflejan su conceptualización en el autoconcepto, la calidad del sueño y estados mentales generales.

Dunn y cols. (2001), ha documentado la necesidad de la clarificación adicional y de medidas estandarizadas de resultados mentales de la salud. Aunque algunos estudios demuestran asociación positiva entre la AF y síntomas de depresión, los estudios son mezclados, algunos demuestran el riesgo disminuido, mientras otros no. Los estudios longitudinales, mejores diseñados, son los que más muestran esta mezcla.

La estrecha relación de los beneficios psíquicos y sociales de la AF conlleva algunos autores a hablar respecto a los beneficios de carácter psico-sociales. La AF puede influir en la perspectiva social de cada ciudadano, y proporciona los beneficios siguientes:

- ▶ Incrementa los niveles de recreación y divertimento personal (Wankel, 1985);
- ▶ Aumenta la disponibilidad de la población en general para prestar servicios sociales;
- ▶ Favorece la integración social (Sánchez Bañuelo, 1996; García Ferrando, 1997);
- ▶ Aumenta la satisfacción social (Biddle y cols., 1997);
- ▶ Ayuda en la formación del carácter (Wankel, 1985; Sánchez Bañuelos, 1996).

Varios estudios llevados a cabo en la década de los 70 están basados en la opinión de que el deporte condiciona mejorías sociales. Son dos las perspectivas de investigaciones que relacionan los efectos positivos de carácter social de la práctica de la Actividad Física y del deporte; aquí en este trabajo vamos enfatizar la perspectiva de investigaciones críticas. Dichos trabajos intentan esclarecer hasta que punto las ideas tradicionales sobre el valor de la práctica deportiva para los escolares encuentran o no una apoyatura científica.

Sánchez Bañuelos (1996) en su revisión sobre esta temática, afirma que las mejoras sociales pueden ir referidas a tres ámbitos de estudio.

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

Respecto al rendimiento académico, no se aprecia repercusiones ni en sentido positivo ni en sentido negativo. Sin embargo, se ha constatado que cuando la participación deportiva de carácter no intensivo competitivo tiene relación con el mismo, lo hace gracias a la mejoría

del nivel de aspiraciones académicas y de los logros subsiguientes, así como del autoconcepto y de la percepción aumentada del status social.

En cuando a la movilidad social, se ha constatado que sólo se produce en sentido ascendente, cuando el individuo es capaz de conectar su rendimiento deportivo con relaciones sociales beneficiosas.

Y por último, respecto a la construcción del carácter, la evidencia de que se dispone en la actualidad no permite establecer relaciones concluyentes en temáticas con los procesos de socialización y el desarrollo de actitudes cooperativas y solidarias. A veces, la falta de precisión en definir adecuadamente las hipótesis de trabajo y su evaluación ha hecho inviable obtener hallazgos más definitivos.

En general, se puede decir que no se llegó aún a un consenso satisfactorio sobre la relación entre Actividad Física y beneficios psico-sociales. Pérez Samaniego (1999) destaca en su trabajo los posibles riesgos sobre la salud psicológica, obsesión por el ejercicio; adicción o dependencia del ejercicio (Sachs y Pargman, 1984; Weinberg y Gould, 1996); agotamiento (Blasco, 1994; Boone, 1994); y anorexia inducida por el ejercicio (Toro, 1996).

Aunque no sea con todos los méritos científicos deseados, por lo menos en el ámbito de las características psico-sociales, ya se tiene muchas evidencias de que la Actividad Física puede auxiliar a las personas a relajarse y soportar, de forma eficiente, el estrés de una vida más agitada por un trabajo profesional, haciendo que se sientan más dispuestas y vigorosas en el desarrollo de tareas diarias, participando con menos esfuerzo en trabajos más estresantes.

3.3 - CONDUCTAS HABITUALES QUE INFLUEN SOBRE LA SALUD

Los factores relacionados con la biología humana (edad, sexo, o patrimonio genético) son poco o nada modificables. No obstante, las consecuencias de la edad o de una determinada predisposición genética a ciertas patologías, particularmente las metabólicas, pueden ser atenuadas con un estilo de vida saludable o todo lo contrario, perjudicadas por una forma de vivir inadecuada (Delgado y cols., 1997).

En este apartado se aportará las influencias de los estilos de vida en la salud destacando al sedentarismo, al consumo de tabaco, al alcohol y a la alimentación. Casi todas

las investigaciones en el área del estilo de vida de los jóvenes se encuentran en los países occidentales.

La edad escolar es la mejor fase para desarrollar buenos hábitos de vida, dado que es en esta fase de la vida del ser humano cuando se adquiere la mayoría de los hábitos de vida saludables (Kelder y cols., 1994). Según Sánchez Bañuelos (1996), si un niño adquiere un hábito de vida que le produce bienestar, será difícil que lo abandone. Se sabe lo difícil que resulta abandonar un hábito adquirido con el tiempo, aún más cuando éste se reitera tanto como ocurre en los casos de comer mal, sentarse inadecuadamente o no realizar Actividad Física, entre otros (Delgado y Tercedor, 2002).

La teoría de Bayes (1982, 1985) analizada por Costa y López (1986), no deja duda sobre el valor placentero que debe predecir la adquisición y el mantenimiento de hábitos de vida. Puede ser resumida en tres elementos:

- ▶ El carácter placentero/ reforzante de la mayor parte de los estímulos antecedentes de comportamientos no saludables. Así, por ejemplo, las copas de vino antes de comer;
- ▶ Lo dilatado del tiempo que, normalmente, separa la adopción de estos comportamientos insaludables y la aparición de consecuencias nocivas o aversivas inherentes a los mismos. Así, por ejemplo se podría indicar la adopción de posturas sedantes incorrectas y la aparición de problemas de columna vertebral, o el consumo de grasas saturadas y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares o el cáncer;
- ▶ Los comportamientos no saludables proporcionan siempre o casi siempre una satisfacción real e inmediata. En cambio los efectos nocivos son probables, como se indica en el punto anterior. Pongamos por caso la satisfacción de la mayoría de las personas que fuman al realizar dicha conducta y el efecto nocivo a tan largo plazo.

Costa y López (1986) y Devís y cols. (2000) señalan que la sociedad occidental se mueve por una ética de beneficio, del consumo, que va en contra de la ética de la salud, teniendo la primera mucho más poder socioeconómico y político. Por ellos, Costa y López (1998) apuntan tres líneas de actuación para modificar los valores y normas sociales:

- ▶ Incidir en el sistema educativo;

- ▶ Acciones de educación para la salud globalizadas, que han de incidir en el estilo de vida de las familias, los grupos, las instituciones y la comunidad en general, y no tanto en formas aisladas de comportamientos;
- ▶ Acciones que propicien el protagonismo y la participación comunitaria.

A pesar de las evidencias de que en la niñez se debe desarrollar los hábitos de vida más adecuados, hoy día no se percibe estas actitudes en los adolescentes y jóvenes, lo que viene a confirmar, la necesidad de cambio en la educación infantil y además de la necesidad emergente de actuar con estos jóvenes en el presente.

Por lo tanto, partiendo de lo que fue dicho antes, desde la Educación Física se puede realizar evidentes aportaciones a la educación de hábitos de vida, no sólo relacionados con la práctica de Actividad Física, sino también con los hábitos relacionados a la alimentación, al consumo de alcohol y tabaco, a la postura, entre otros; y lo imprescindible es que abarque todos los niveles de enseñanza o ¿será que los alumnos que terminaron la enseñanza media en Brasil (equivalente al bachillerato en España) ya están “vacunados” y no necesitan adquirir conocimiento en esta área?

Datos nacionales de la ENS - 2003 (Encuesta Nacional de Salud) en España apunta las siguientes informaciones sobre los hábitos de vida relacionados con la salud:

- ▶ El 31 por ciento de la población de 16 y más años es fumadora y el 56,8 ha consumido alcohol en los doce meses anteriores a la encuesta;
- ▶ El 39 por ciento de los hombres y el 23,4 de las mujeres fuma. Del total de personas que fuman, el 89,5 por ciento lo hace diariamente. En las edades jóvenes apenas hay diferencias por género. De cada 100 hombres de 16 a 24 años, 38,9 fuman y 34,1 en el caso de las mujeres. Los porcentajes más altos de fumadores en hombres y mujeres se presentan a diferentes edades: 35 a 44 años para los hombres y 16 a 24 años para las mujeres;
- ▶ Del total de personas que consumieron bebidas alcohólicas en los doce meses previos a la encuesta, el 30,3 por ciento lo hacía diariamente, el 21,7 sólo un día a la semana y el 26,2 por ciento bebía solo en ocasiones;
- ▶ El 41,6 por ciento de la población duerme menos de 8 horas diarias. El 58,2 por ciento de las personas entre 35 y 64 años duerme diariamente menos de 8 horas, el

32,5 de los de 65 y más años duerme menos de 6 horas y el 52,3 de los menores de 16 años, 10 horas o más;

- ▶ El 70 por ciento de las personas mayores de un año come fruta a diario y solo el 45,5 por ciento consume diariamente verduras y hortalizas. El 37,1 por ciento de la población toma dulces a diario;
- ▶ El 69,9 por ciento de las personas de un año o más consume fruta a diario. El 69,6 por ciento come carne tres o más veces a la semana frente al 44,5 que come pescado. Sólo el 45,5 por ciento consume verduras y hortalizas todos los días. El 17 por ciento come legumbres menos de una vez a la semana, mientras que el 41,6 toma embutido tres o más veces a la semana;
- ▶ El 67 por ciento de los niños de 1 a 15 años toma fruta a diario. El 88,1 por ciento toma pescado al menos una vez por semana y el 86,2 por ciento verduras y hortalizas. El 48 por ciento de los niños toma dulces todos los días.

La encuesta escolar sobre droga en España, 2002 apuntan los siguientes datos generales:

- ▶ El patrón de consumo de drogas dominante entre los estudiantes de 14 a 18 años continúa siendo experimental u ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana;
- ▶ El alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias más consumidas, seguidas del cánnabis;
- ▶ Prosiguiendo la tendencia observada en el año 2000, vuelve a disminuir el consumo de alcohol entre los estudiantes de 14 a 18 años. Este descenso se ha producido especialmente en los consumos habituales (que han pasado del 58% al 55%) y en las edades más tempranas (14 y 15 años);
- ▶ Ha disminuido el consumo de tabaco entre los escolares, tanto el consumo experimental como el consumo más reciente. Esta reducción se observa también en el consumo diario;
- ▶ Uno de los datos más positivos es la estabilización de las edades de inicio en el consumo de las distintas drogas. La única variación se ha producido en la edad de inicio al consumo semanal de alcohol que se ha retrasado de 14,8 años en 2000 a 15,3 años en 2002. Este dato es coherente con la disminución del consumo de alcohol;

- ▶ Una parte importante de los estudiantes consumidores de drogas reconocen haber sufrido problemas derivados de su consumo, desmintiendo la supuesta inocuidad del uso recreativo de sustancias como alcohol, cánnabis, éxtasis o cocaína;
- ▶ Un porcentaje elevado de estudiantes son consumidores de varias drogas, observándose una asociación bastante estrecha entre los consumos de alcohol, tabaco y cánnabis;
- ▶ Una parte importante de los estudiantes tiene una escasa percepción de riesgo ante el consumo de alcohol y cánnabis. Más de la mitad de los estudiantes en el caso del alcohol y una cuarta parte en el caso del cánnabis considera que el consumo habitual de estas sustancias no produce ninguno o pocos problemas.
- ▶ Un dato significativo es que por primera vez la percepción de riesgo del cánnabis es similar a la del tabaco. Esta percepción del riesgo disminuye a medida que aumenta la edad, de forma que a los 18 años es menor que la del tabaco.

Con relación a las edades de inicio al consumo de drogas, os datos son:

- ▶ El contacto de los estudiantes con las diferentes drogas se produce en edades tempranas. El tabaco es la sustancia que primero se empieza a consumir, situándose la edad media de inicio al consumo en los 13,1 años, seguido del alcohol (13,6), los tranquilizantes (14,6) y el cánnabis (14,7). La edad media de inicio en el consumo del éxtasis, la cocaína y los alucinógenos es posterior a los 15 años (15,4, 15,7 y 15,5 años respectivamente);
- ▶ No existen diferencias significativas por sexos en las edades de inicio al consumo de las distintas drogas.

La prevalencia de los consumos de drogas entre estudiantes de 14 - 18 años son:

- ▶ Las drogas más consumidas por los estudiantes son el alcohol, el cánnabis y el tabaco: un 55,1% consumen habitualmente bebidas alcohólicas, un 28,8% tabaco y un 22% cánnabis.

El consumo de drogas según la edad:

- ▶ La proporción de consumidores de las distintas drogas aumenta progresivamente con la edad;
- ▶ Los mayores incrementos en la extensión del consumo de alcohol, tabaco y cánnabis se producen entre los 14 y 16 años.

El consumo de drogas según el sexo:

- ▶ Las prevalencias de consumo de drogas son diferentes según el sexo;
- ▶ El consumo de las sustancias legales, especialmente el tabaco y los tranquilizantes, está más extendido entre las chicas (en el caso del tabaco con diferencias importantes), mientras que todas las drogas ilegales son más consumidas por los chicos;
- ▶ Los chicos consumen mayor cantidad de tabaco y alcohol que las chicas.

3.3.1 - Sedentarismo

El sedentarismo es un estilo de vida que no incluye Actividades Físicas regulares, donde predominan el trabajo sentado y el ocio pasivo. Se considera sedentario un individuo que tenga un gasto calórico semanal en AF inferior a 500 kcal – además de la necesidad basal – (Nahas, 2001).

La disminución de la práctica habitual de ejercicio físico en el ambiente doméstico, en el laboral y en la vida de relación es una de las características típicas de la vida moderna. Las máquinas no sólo han substituido al hombre en las funciones mecánicas del trabajo, sino que en su vida habitual han tomado, y lo harán más en el futuro, las riendas de las actividades.

El hombre típico del siglo XXI desempeña solamente las tareas que exigen muy poco esfuerzo físico. La mayoría de ellos utilizan coches en su transporte, recurren a muchos dispositivos tecnológicos para desempeñar sus funciones en el trabajo, y aún optan por actividades que reducen al mínimo el esfuerzo físico en su tiempo libre o dedicado al ocio. Por consecuencia, el hombre moderno, en el caso, que lo desee, puede llevar una vida totalmente sin esfuerzo físico intenso, lo que ha motivado que algunos estudiosos más pesimistas hayan dado una nueva denominación a la especie humana, “*el homo sedentarium*” (Wilmore, 1986 citado por Guedes y Guedes, 1992).

Actualmente los niños y los adolescentes presentan un gasto energético entre de 20% y 30% menor que el preconizado por la Organización Mundial de Salud (Bar-Or y cols., 1998).

Algunos factores han sido apuntados como decisivos para la instalación de este cuadro; los más destacados son:

- ▶ Reducción de los espacios de ocio y el aumento del índice de violencia, observados en la mayoría de los grandes centros urbanos;
- ▶ Menor utilización de caminatas y bicicletas como medios de locomoción;

- ▶ Reducción del número de clases semanales de Educación Física, seguido del predominio de actividades de intensidad ligera (Guedes y Guedes, 1997; Sarkin y cols., 1997; Stratton, 1997);
- ▶ Substitución de las actividades de ocio que exigían mayor gasto energético, como lo juegos recreativos, por actividades de ocio pasivo, con juegos electrónicos, TV y uso del ordenador (Tercedor, 1999; Bar-Or y cols., 1998; Gambardella y Gotlieb, 1998).

La falta de AF es uno de los principales factores de riesgo para nuestra salud. Esta carencia no afecta sólo al individuo, sino que en cierto sentido se ha convertido en una obligación social. Los gastos sanitarios que se producen de forma directa o indirecta a causa de la falta de ejercicio han alcanzado los límites de su posibilidad de financiación, incluso los han sobrepasado. Hace pocos años, Mellerowicz (citado por Weinek, 2001) descubrió que las enfermedades debido a la falta de ejercicio, sobre todo las que afectaban el sistema cardiovascular, suponían alrededor de 30 a 40% de todo el gasto sanitario. Por lo tanto, las Actividades Físicas que se realizan por toda la vida y que están adaptadas a la edad y a las necesidades individuales pueden constituir una importante medida preventiva, contribuyendo de forma determinante a recortar el gasto de la asistencia sanitaria.

En España, según García Ferrando, en estudio realizado en los adultos (15 a 74 años), a pesar de la evolución en predisposición y práctica físico-deportivas de los últimos años (de 1985 para 1990, el deporte pasa de la novena posición hasta al sexto), diferentes estudios de este sociólogo (1986, 1991, 1993, 1996 y 2001) demuestran una menor participación deportiva conforme avanza los años, siendo los más inactivos las personas de mayor edad, de menor nivel de estudios y de categorías socioeconómicas inferiores.

A pesar de algunas evidencias que señalan el incremento de la práctica físico-deportiva en la población española, concordamos con Casimiro (1999) cuando señala:

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 que ello conlleva, por lo que hay una imperiosa necesidad de educación de la población.

Mendoza (2000), afirma la tendencia del aumento del sedentarismo juvenil en España, especialmente de las chicas; además estas disminuyen la práctica según aumenta la edad. La

proporción de las que afirman que nunca hace deporte fuera del horario escolar pasa del 29% a los once años para 48% a los dieciocho años.

Tercedor (2003) y Tercedor y cols. (2003) muestran un bajo gasto energético en AF en la población Española de 13 a 18 años, disminuyendo el mismo a medida que avanza la edad y en mujeres más que en varones.

En Brasil no se dispone de una investigación nacional como en España, pero los estudios aislados muestran una perspectiva parecida. Pires en 2001 llega a la conclusión en su estudio con adolescentes de Florianópolis, Santa Catarina, que los mismos pasaron la mayor parte del tiempo (recordatorio de 3 días de AF) entre 7h a 24h, en actividades de nivel de esfuerzo ligeros, en las posiciones sentada y acostada, siendo la actividad de mayor duración el dormir. El género masculino se caracterizó más activo que el femenino, y se observó poca participación de los adolescentes en actividades deportivas.

La investigación de Pinho (1999), sobre los niveles de Actividad Física y hábitos alimentarios de adolescentes durante períodos escolares, también en Santa Catarina, llega a la conclusión que los adolescentes dispensan tiempo excesivo delante de los instrumentos electrónicos (5h y 4min); permanecen la mayor parte del tiempo en Actividades Físicas de baja intensidad; el nivel habitual de práctica de Actividades Físicas de adolescente, enunciado por la frecuencia cardíaca, se caracteriza en intensidad ligera a moderada y cuando se analiza la actividad de intensidad moderada a vigorosa, la misma está por debajo de las orientaciones mínima previstas por la literatura específica.

La investigación de Guedes y Guedes (2001) sobre los niveles de práctica de AF habitual en adolescentes matriculados en las escuelas de la enseñanza media del municipio de Londrina, Paraná con edades entre 15 y 18 años llevaron a las siguientes conclusiones:

- ▶ Los chicos fueron considerados más activos que las chicas (54% de los chicos fueron clasificados como activos o moderadamente activo, mientras que las chicas, el 65% fue valorada como inactivas o muy inactivas);
- ▶ Los niveles de práctica de Actividad Física habitual tienen una tendencia a reducirse con la edad, sobretodo entre las chicas;
- ▶ Las chicas permanecen menos tiempo delante de la TV y del vídeo que los chicos;
- ▶ Chicos, pero no chicas, que pertenecen a clase socioeconómica familiar más baja muestran ser menos activos físicamente que sus pares de clase económica familiar más privilegiada;

- ▶ La mayoría de los adolescentes, 97% de las chicas y 74% de los chicos, no atienden a las recomendaciones en cuanto a la práctica de actividad física que pueden alcanzar impacto satisfactorio sobre la salud.

Nos gustaría terminar este apartado con lo que señala Sharkey (1998): las contribuciones de la Actividad Física regular sirven como una estrategia de convivencia eficaz, una distracción en medio al estrés de la vida cotidiana. Ella ocupa la mente, permite la sustitución de malos hábitos por buenos, fijación negativa por positiva; es una forma de meditación que suministra los beneficios de otros abordajes asociados a la mejoría en la salud y en la aptitud física; da una sensación de control sobre nuestra propia vida y al medio en que vivemos.

3.3.2 - Tabaco

“...al exponernos al humo de tabaco inhalamos, básicamente, dos tipos de sustancias, la nicotina y el alquitrán. La nicotina, además de otros efectos de tipo cardiovascular, es fundamental en la creación y mantenimiento de la adicción al tabaco. El fumador es un adicto a la nicotina y su grado de dependencia fisiológica de esta sustancia es mucho mayor que del cocainómano a la cocaína y comparable, en algunos aspectos, a la adicción que causa la heroína, si bien que los efectos de esta sustancia son mucho más letales que los del tabaco” (Amigo y cols., 2003: 90).

El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública prevenibles en todos los países desarrollados y en desarrollo, ya que comporta niveles altos de morbilidad y mortalidad (King y cols., 1996).

Los efectos perjudiciales del tabaco sobre la salud pública han quedado evidenciados en más de 70.000 estudios. En ellos se ha podido establecer claramente la relación causa-efecto entre el consumo de tabaco y la elevada morbi-mortalidad del fumador y de los que le rodean, así como el importante coste socioeconómico (en estancia hospitalaria, asistencia extra-hospitalaria, gasto farmacéutico, pensiones e invalídeles y absentismo laboral) que conlleva (Díaz y cols., 2000 y Montero y cols., 2001).

El consumo de tabaco es la principal causa del cáncer de pulmón, enfermedades pulmonar obstructiva crónica y arteriosclerosis periférica, así como una de las causas más importantes de enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares. Fumar también produce otras enfermedades crónicas e incrementa el riesgo de enfermar a las personas que fuman, en

comparación al de las personas que no fuman (Finn y Grieto, 2003). El consumo de tabaco es una forma de drogodependencia, siendo la nicotina una sustancia altamente adictiva (Faubel y cols., 2000).

Además de las enfermedades que fueron dichas en el apartado anterior, el riesgo de mortalidad por todas las causas de muerte, en adultos, es dos veces más grande en los fumadores, comparados a los no fumadores (Americam College of Sport Medicine, 1996; Paffenbarger y cols., 1994). Entre los otros efectos nocivos causados por el cigarrillo, se pueden decir: mal aliento, manchas en los dientes, tos, menos resistencia contra enfermedades, alteraciones del apetito, del sueño y de los sentidos del olfato y gusto (Marcos Becerro, 1989).

Las políticas con mayores impactos preventivos del tabaquismo son probablemente la prohibición en la publicidad, la regulación para evitar la exposición al aire contaminado por el humo, una fiscalía que incrementa el coste de fumar, y favorecer el tratamiento de los fumadores que desean dejar de fumar. Estas son las claves que pueden proporcionar un futuro más libre de los estragos causados hoy por el tabaco (González y cols., 2003).

Quizás el gran consumo de tabaco en la sociedad de hoy día está relacionado con la accesibilidad del producto, debido al bajo precio, a la gran inversión publicitaria de las industrias tabaqueras y a su disponibilidad a cualquier hora del día en tiendas, bares, restaurantes, máquinas (Montero y cols., 2001).

Las campañas de prevención informativas y las medidas adoptadas (subida del precio del tabaco, establecimiento de zonas de no fumadores) han conseguido reducir la prevalencia del hábito, pero aún las cifras resultan alarmantes. El consumo en hombres, clásicamente alto, ha descendido sensiblemente, pero el grupo de mujeres jóvenes ha aumentado y la tendencia actual es a seguir incrementándose (Saiz y cols., 2003).

Los disturbios orgánicos asociados al hábito de fumar no se manifiestan solamente en la fase adulta. Estudios transversales han revelado que adolescentes fumadores tienden a presentar niveles elevados de tensión arterial (Lopes y cols., 1996), alteraciones desfavorables en el perfil de grasas (Martins y cols., 1995; Silva, 1996), más uso de medicación e incremento de visitas médicas (Holmen y cols., 2000) que en los pares no fumadores.

Una de las mayores preocupaciones, en relación con el tabaquismo, está asociada a la edad en que los jóvenes pasan a hacer uso de forma experimental del tabaco, así como la edad que se hacen fumadores regulares. Los individuos que inician el hábito de fumar durante los primeros años de la adolescencia, además de presentar un riesgo más elevado de llegar a ser un adulto fumador y con mayor resistencia a abandonar el hábito, podrán desarrollar de forma precoz algunos problemas de salud asociados al consumo del tabaco, en función del mayor tiempo de exposición al vicio (Johnson y Gerstein, 1998).

Los jóvenes empiezan a fumar dejándose llevar por el entorno, y aunque no disfruten de los primeros cigarrillos se esfuerzan por continuar fumando hasta llegar a la dependencia y adicción (Mur de Frenne y cols., 1994).

La sensación del placer (Ivanovic y cols., 1997), curiosidad y la influencia del medio ambiente (Zhu y cols., 1996; Azevedo y cols., 1999), caracterizada por la presencia del los padres y amigos que fuman, parece ser factores de gran influencia para la adhesión al hábito de fumar en los adolescentes.

La encuesta escolar sobre droga en España de 2002 apuntan los siguientes datos generales con relación al consumo de tabaco entre escolares de 14 a 18 años:

- ▶ Un 28,8% de los estudiantes fuman habitualmente, y un 6,5% son exfumadores;
- ▶ El consumo está más extendido entre las chicas (33,1%) que entre los chicos (24,2%);
- ▶ El consumo medio de cigarrillos cada día es de 7,4%, siendo mayor la cantidad de cigarrillos fumada por los chicos que por las chicas;
- ▶ La gran mayoría (83,4%) de los estudiantes que fuma en la actualidad se ha planteado alguna vez dejar de fumar, aunque lo han intentado sólo la mitad (42,3%).

Como fue visto hasta aquí, la adolescencia quizás sea la fase más importante para el desarrollo de acciones preventivas relacionadas a la adicción.

Según datos de la OMS cedidos por el Ministerio de la Salud de Brasil (2003):

- ▶ El tabaquismo es considerado un problema por la OMS. Estudios realizados en el mundo entero registran que, entre 1975 y 1996, el consumo de tabaco ha crecido casi un 50% debido a las estrategias de expansión del mercado, sobre todo en los

países en desarrollo. Hoy, el total de muertes que son consecuencia del uso de tabaco en todo el mundo llega a 4,9 millones por año, lo que corresponde a más de 10 muertes por día en todo el planeta. Si la tendencia actual de expansión del consumo se mantiene, dentro de tres décadas serán más de 10 millones de muertes anuales – mitad de ellas en individuos en edad productiva (entre 35 e 69 años). La OMS estima que un tercio de la población adulta mundial – 1,2 billones de personas, entre los cuales 200 millones de mujeres, fuman –;

- ▶ Investigaciones demuestran que cerca del 47% de la población masculina y 12% de la femenina de todo el mundo es fumante. En los países en desarrollo, la proporción es de un 48% de hombres y 7% de mujeres. Ya en los países desarrollados, la participación de las mujeres se triplica: el tabaquismo alcanza un 24% de la población femenina y 42% de la masculina;
- ▶ Por los cálculos del banco mundial, el tabaquismo da un perjuicio anual de 200 billones US\$. Ese valor es resultado de la suma de factores como el tratamiento de enfermedades relacionadas al consumo del humo, sobre todo el cáncer, y las muertes de ciudadanos con edad productiva. Mitad de esta cuenta billonaria es paga por los países en desarrollo – justamente los que concentran el mayor número de muertes (el 70%) y que tienen mayores carencias de programas sociales financiados con el dinero público –.

En febrero de 2003, los 192 países miembros de la OMS aprobaron, en Ginebra (Suiza), la convención internacional para el control del tabaco. El actual Ministro de Salud en Brasil; presentó, en agosto de 2003, a la “Camera de los Diputados”, el texto original de la convención, ya firmada por Brasil, ahora el país espera el aval de los diputados para poder ratificar el apoyo al tratado internacional antitabaquista.

En el Brasil, el porcentaje de fumadores es considerado alto cuando se compara con otros países de América Latina. Treinta por ciento de la población adulta del país fuma, siendo 16,7 millones de hombres y 11,2 millones de mujeres, la mayoría con edad entre 20 y 49 años. Más de 90% de los fumadores resultan dependientes de la nicotina antes de los 20 años de edad. Actualmente, existen en Brasil 1,8 millones de fumadores en esta franja de edad.

La Organización Panamericana de Salud (OPS) estima que ocurren 200 mil muertes por año en Brasil provenientes del tabaquismo. El país es hoy el cuarto productor de tabaco

del planeta, perdiendo solamente tras China, Estados Unidos e India. Y desde 1993 ocupa el primer lugar en la exportación mundial.

Según el “Informe Saúde” de 2002 del Ministerio de la Salud de Brasil, se estima que existen 30 millones de fumadores. Cada año solamente 3% de los fumadores pueden dejar de fumar, aunque hasta 78% de ellos quieren dejar la dependencia.

Según la OMS, las enfermedades causadas por el tabaquismo y su dependencia química matan, de media, ocho brasileños por hora. El cáncer de pulmón debió causar la muerte de 15.145 brasileños (10.770 hombres y 4.445 mujeres) en el año de 2002. Entre 1979 e 1998, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón ha crecido un 56% entre los hombres y 108% entre la población femenina, lo que puede ser atribuido al aumento del consumo de cigarrillo por las mujeres, especialmente a partir de la década de los 60.

Actualmente, vemos una preocupación ante la situación del consumo de tabaco en el mundo, quizás las investigaciones (que demuestran la influencia negativa en la salud) sean una de las grandes responsables por este cambio; lo mejor es que existe hoy un movimiento global (en varios países del mundo), que demuestran la fuerte intención de organizar políticas públicas para beneficiar el combate al humo.

3.3.3 - Alcohol

“Tras el tabaco, el abuso de las bebidas es otra causa con alto grado de incidencia en la pérdida de la salud psicofísica, dado que con su colaboración se producen graves alteraciones cerebrales, que a menudo conducen a la demencia. Son muy numerosos los casos de gastritis, pancreatitis, enfermedades del sistema nervioso periférico, cánceres de boca, laringe, faringe, esófago e hígado y cirrosis hepática; esta última ocupa el noveno lugar entre las causas generalmente de muerte” (Marcos Becerro, 1990: 24).

El uso del alcohol es cultural, siendo permitido en casi todas las sociedades del mundo. Informaciones sobre “saber beber con responsabilidad y las consecuencias del uso inadecuado del alcohol”, aún son insuficientes y no contemplan la población de mayor riesgo para el consumo que son los adolescentes y los adultos jóvenes (Ministerio da Saúde, Brasil, 2003).

El significado del consumo de alcohol varía, para muchas personas consumir una bebida alcohólica forma parte de la vida social. El daño que puede derivar del consumo de

alcohol se extiende más allá del bebedor individual a las familias y a las comunidades, para terminar abarcando a toda la población. Se estima que los productos alcohólicos son responsables del 9% de la carga total de enfermedad dentro de la Región Europea. Están relacionados con los accidentes y la violencia, y son responsables de un porcentaje considerable en la reducción de la esperanza de vida en los países de la antigua Unión Soviética. La reducción del daño derivado del alcohol es una de las principales acciones de salud pública que los países pueden adoptar para mejorar la calidad de vida (OMS, 2000).

El uso de alcohol impone a las sociedades de todos los países una carga global de agravos indeseables y extremadamente dispendiosos, que acometen los individuos en todos los dominios de su vida. La reafirmación histórica del papel nocivo que el alcohol ofrece dio origen a una gama extensa de respuestas políticas para el enfrentamiento de los problemas proveniente de su consumo, corroborando así el hecho concreto de que la magnitud de la cuestión es enorme en el contexto de la salud pública mundial.

Un estudio conducido por la Universidad de Harvard e instituciones colaboradoras (Murray y López, 1996) sobre la carga global de enfermedades, estimó que el alcohol sería responsable de cerca de 1,5% de todas las muertes en el mundo, así como sobre el 2,5% del total de años vividos ajustados para incapacidad. Además, esta carga incluye trastornos físicos (cirrosis hepática, miocardiopatía alcohólica, etc.) y lesiones dependientes de accidentes (industriales, automovilístico, por ejemplo). Este fenómeno crece de forma preocupante en países en desarrollo.

En Brasil, el Ministerio de la Salud en el año 2003 ofrece el *“Programa Nacional de Atenção Comunitaria Integra a Usuario de Álcool e Outras Drogas”*, que contempla la asistencia a personas con problemas relacionados al alcohol y sus familiares (Ministerio da Saúde, Brasil, 2003).

Sin embargo, esta actitud se debe al hecho de los altos costes provenientes del consumo de alcohol. Considerando datos referentes al año de 2001 (Data SUS, 2001), tuvimos en Brasil 84.467 ingresados para el tratamiento de problemas relacionados con el uso de alcohol, teniendo la media permanente de 27,3 días de ingreso, con un coste anual para el Sistema Único de Salud (SUS) de más de 60 millones de reales (Ministerio da Saúde, Brasil, 2001).

Estos números no incluyen ni los gastos con tratamiento en ambulatorios ni internaciones u otras formas de tratamiento de enfermedades indirectamente provocadas por el consumo del alcohol, como aquellas que atañen a los aparatos digestivo y cardiovascular, cáncer (principalmente hepático, de estómago y de mama), deficiencias nutricionales, enfermedades del feto y recién nacido de madre alcohólica, las enfermedades neurológicas y el agravamiento de otras enfermedades psiquiátricas provocadas por el alcohol, así como los trastornos provenientes de accidentes o violencia.

Las investigaciones relacionadas con el consumo de alcohol y sus efectos negativos hacia la salud aún son escasas, principalmente cuando se compara con las investigaciones con relación al tabaquismo (Valmadrid, 2000).

A continuación se presenta algunas investigaciones interesantes relacionadas al consumo de alcohol en Brasil y España.

La encuesta escolar sobre droga en España (2002) apuntan los siguientes datos generales con relación al consumo de alcohol entre escolares de 14 a 18 años:

- ▶ El consumo de alcohol entre estudiantes se concentra en el fin de semana;
- ▶ El 55,1% que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos treinta días se descompone en un 40,6% que consumen exclusivamente el fin de semana, un 14,4% que ha bebido tanto en días laborables como en fin de semana;
- ▶ Un 19,4% de los estudiantes declaran haberse emborrachado en los últimos 30 días, porcentaje inferior al del año 2000 (20,6%);
- ▶ El tipo de bebida más consumida son los combinados / cubatas;
- ▶ El consumo se realiza sobre todo en pubs o discotecas (74%), en la calle o en parques (38,1%) y en bares o cafeterías (31,1%);
- ▶ Un parte considerable de estudiantes reconoce haber sufrido consecuencias negativas por el consumo de alcohol: problemas de salud, riñas y discusiones, etc.
- ▶ El 18,1% de estudiantes reconocen haber conducido o haber sido pasajeros de vehículos conducidos bajo los efectos del alcohol;
- ▶ Hay una mayor conciencia sobre el propio consumo de alcohol, de forma que han aumentado los que piensan que beben mucho o bastante pasando del 7,4% en 2000 al 11,2% en 2002, y ello a pesar de la reducción del consumo.

Según algunos autores (Valverde, 1988; González 1979 y Guiñales, 1991 citados por Nuria Mendoza, 2000), las causas más significativas para el consumo de alcohol en la adolescencia son:

- ▶ Los jóvenes empiezan a beber pronto para protestar contra la sociedad y rebelarse a sus padres, es decir como una forma de llamar la atención hacia sus problemas, por sentirse libre o por hacer algo prohibido;
- ▶ El grupo de amigos en estas edades influye mucho en la personalidad, aspecto que puede incidir negativamente en el consumo de alcohol tanto para experimentar algo “nuevo” como para “divertirse de una forma diferente”.

La Investigación de Sáenz-López y Franco (2001: 140), con alumnos de la Facultad de Ciencia de la Educación da la Universidad de Huelva, presenta los siguientes resultados relacionados con el consumo de alcohol:

- ▶ El 65% de los alumnos consumen bebidas alcohólicas de baja graduación (vino, cerveza) con cierta periodicidad. Pero lo más grave es que este porcentaje aumenta hasta el un 75% en el caso de bebidas de alta graduación (whiskis, ron);
- ▶ Más de 80% de los que beben lo hacen semanalmente, por lo que consideramos muy grave el consumo de estas drogas socialmente aceptada y según su opinión causa más de la mitad de los accidentes de tráfico;
- ▶ En las cuestiones abiertas relacionadas con la justificación del consumo, más de la mitad relacionan el consumo con: razones más sociales como la diversión, vencer la timidez o hacer amigos.

El consumo elevado de bebidas alcohólicas (≥ 5 dosis / misma ocasión y / o ≥ 14 dosis / semana) ha sido asociado a los accidentes de tráfico, comportamientos agresivos y comprometimiento de las funciones hepáticas, renales, irritabilidad miocárdica e hipertensión (Jayasinghe, 2000).

En Brasil, las bebidas alcohólicas son responsables de más del 90% de los ingresos por dependencia a las drogas, además de ser responsables de cerca del 70% en los casos de muerte violenta y accidentes de tráfico (Jackson y Sampaio, 1994).

El consumo de alcohol en Brasil, además, ha sido asociado al aumento de incidencia de enfermedades sexualmente transmisibles en adolescentes (por la falta del uso de preservativo en las relaciones sexuales en estado de embriaguez), al estímulo al consumo de

otras drogas y ha contribuido en la reducción del desempeño escolar. Estudios con escolares de 10 capitales brasileñas señalaron que 11% de los jóvenes dijeron haber peleado después del consumo de bebidas alcohólicas y 15% faltaron a las clases por lo menos una vez a la semana (Galduróz, y cols., 1997).

A pesar de ser nuevo esta actitud de las políticas en salud relacionada al consumo de alcohol (en caso de Brasil), se sabe desde hace mucho de esta posible relación entre el consumo de alcohol con el desarrollo de algunas enfermedades (señaladas en el inicio del apartado) y principalmente a los problemas psíquico-sociales que desarrollan el consumidor crónico de alcohol.

El problema del consumo de alcohol en la sociedad es un problema de gran dimensión y debe también ser considerado como una de las acciones de educación hacia la salud en las escuelas, el trabajo, las asociaciones, y en todas las organizaciones sociales de una forma general (Roales, 2004).

La publicidad debe ser fiscalizada y restringida (como viene ocurriendo con el tabaco), de forma que no se permita la asociación existente con estereotipos como: la virilidad, la sensualidad, la diversión, etc., quizás estas asociaciones existentes, la facilidad de comprar en casi todos los puntos comerciales bebidas alcohólicas, la débil concienciación social relacionada con los peligros del consumo indebido del alcohol y además el bajo precio del producto, sean puntos importantes que pueden explicar el alto consumo en la sociedad actual.

Los daños hacia la salud deben ser ampliamente discutidos y divulgados en la comunidad. Es necesario privilegiar el interés de la sociedad en protegerse de los daños causados por el alcohol, frente a la ganancia de las industrias de bebidas alcohólicas, siendo por lo tanto imperativo un ejercicio menos tímido y más eficaz de control social en el sentido de implementación de propuestas que configuren una política pública relativa al uso del alcohol.

Otro factor importante está relacionado con la formación de los profesionales de las áreas médicas; hay una necesidad urgente de cambio en el currículo, con una atención especial a los problemas relacionados a los estilos de vida y especialmente al uso del alcohol. El papel de la escuela en todos los niveles de enseñanza es fundamental en las discusiones y

acciones relacionadas a este tema, principalmente en el caso de Brasil, donde la escuela sigue siendo una institución de gran magnitud en relación con la formación humana.

Se termina este apartado con las acciones que se recomienda “El Plan Europeo de Acción sobre el Alcohol” 2000, con el fin de alcanzar los resultados propuestos; este documento coincide con algunas ideas citadas en los apartados anteriores:

- ▶ Proveer información relativa al daño que puede ocasionar el alcohol para la salud y el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades, a través de la educación pública o de los medios de comunicación social;
- ▶ Poner en marcha campañas divulgativas destinadas a obtener el apoyo público a aquellas políticas, ya en marcha o de nueva aparición, dirigidas a la prevención del daño que puede derivar del alcohol;
- ▶ Ofrecer a todos los jóvenes la oportunidad de experimentar un aprendizaje basado en habilidades, por medio de programas de educación para la salud comprometidos con un entorno social y físico que potencie la salud;
- ▶ Garantizar que la educación para la salud en materia de alcohol en el medio escolar sea una realidad desde la educación infantil, y se encuentre integrada tanto en el concepto de escuela promotora de salud, como en las coaliciones comunitarias preventivas.

3.3.4 - Alimentación

“La importancia que tiene la alimentación en la salud de las personas, así como en la vida de cualquier ser vivo, es obvia y necesita poca justificación para ser avalada. Como hábito de vida pensamos que debería llegar a ser un proceso de auto-regulación, basado en la necesidad nutritiva del individuo; consecuentemente, la alimentación del ser humano debería ser equilibrada, sana y variada” (Delgado y Tercedor, 2002: 178).

Los alimentos son fuentes de energía y nutrientes para el organismo. Y, por supuesto, comer es una experiencia placentera para la mayoría de las personas. En algunos lugares es posible que comer alimentos en cantidad suficiente no constituya un problema, pero conseguir una nutrición adecuada puede ser un reto. Se requiere una nutrición equilibrada para sentirse bien, prevenir enfermedad y lograr un rendimiento óptimo.

Hallazgos han indicado que el comportamiento alimentario es un tipo de conducta compleja interrelacionada, de manera también compleja, no sólo con otras conductas

relacionadas con la salud, sino también con diferentes actitudes (p. ej., interés acerca de la propia salud, de la apariencia física, etc.) y con circunstancias sociales en las que vive el individuo – sus recursos económicos, su clase social, etc. – (Abel y McQueen, 1994).

Según Roales (2004), para los seres humanos privilegiados por vivir en buenas condiciones de vida en países desarrollados o en desarrollo, comer ha pasado de ser una necesidad vital a un comportamiento cargado de connotaciones que vienen dadas por la historia individual y cultural. Así, multitudes de factores condicionan qué alimentos son ingeridos y la manera de hacerlo. Dentro de estos factores, se encontrarían: factores biológicos (preferencia por los sabores dulces frente a los amargos); modo de preparación de la comida; la región geográfica (muy ligada al clima, probabilidad de consumo de ciertos alimentos en detrimento de otros); factores de tipo religioso; el nivel de instrucción y la categoría socioeconómica; la influencia de los medios de comunicación (principalmente de la tele) y cambio en la estructura familiar (incorporación de la mujer en el mercado de trabajo, que conlleva muchas veces tomar comida rápida).

Muchas enfermedades crónicas (enfermedades del corazón, cáncer y apoplejía) son el resultado, en parte, de comer en exceso ciertos tipos de alimentos inadecuados. Para muchas personas, la mejor manera de obtener la nutrición adecuada es seguir los principios de elección de alimentos que recomiendan las autoridades sanitarias.

Estudios realizados por la Oficina Regional para Europa de la OMS, desarrollado en aproximadamente cada 3-4 años desde el año 1983/84, en un promedio de 25 países, con el fin de conocer los hábitos de salud de la población escolar, presentan de forma generalizada que los niños realizan una dieta rica en proteínas animales y escasa en verduras, frutos secos y legumbres (Delgado y Tercedor, 2002).

En relación con los inadecuados hábitos alimentarios en la población infantil y adolescente y, por supuesto en la edad adulta, Delgado y cols., (1997; 1999b) presenta una serie de desviaciones alimentarias que afectan a la salud y a la práctica de la AF, tanto a corto como a largo plazo:

- ▶ Dieta rica en proteína, que puede ocasionar cierto grado de acidosis metabólica, acompañada de deshidratación y trastornos en la termorregulación, toxicidad por el nitrógeno, desmineralización ósea, almacenamiento de purinas y elevado consumo de grasas saturadas y colesterol;

- ▶ Dieta rica en hidratos de carbono. La dieta equilibrada debe aportar en términos calóricos alrededor del 60% de hidratos de carbonos, lo que es muy difícil en las dietas de tipo occidental, que se caracterizan por ser más pobres en carbohidratos. Los trastornos más notables son: trastorno y desarreglo digestivo, disminución del apetito por la ruptura del equilibrio en principios inmediatos; déficit de calcio y vitaminas, obesidad, aumento de los niveles de triglicéridos plasmático, etc.;
- ▶ Dieta rica en grasa saturada y colesterol. Los efectos más notables son: aumento del peso corporal, sobrecarga hepática, aumento de los niveles plasmáticos de colesterol y su principal lipoproteína de baja intensidad (LDL), lo que está asociada con los riesgos de producir ateroma y aterosclerosis;
- ▶ Dieta exenta de alimentos de origen animal: alimentación vegetariana. Son varios los tipos de dieta vegetariana (estricto, lacto-vegetariana, ovolacto-vegetariana, semi-vegetariana, etcétera.) que cuando se utiliza con conocimiento adecuado y junto con otros patrones de vida más saludables, pueden fundamentar, perfectamente, que este tipo de sujetos presenta tasas de mortalidad y morbilidad menor que la población que realiza dieta mixta de tipo occidental. La dieta vegetariana se presenta como una alternativa saludable de alimentación y, salvo por desconocimiento absoluto de las normas básicas de dietética, rara vez genera déficits nutricionales.

En la última versión de Dietary Guidelines for Americans citado por Mayo Foundation for Medical Education and Research (Clínica Mayo, 2002), se aconseja lo siguiente:

- ▶ Comer con amplia variedad de alimentos y consumir verduras, frutas y cereales en abundancia;
- ▶ Conservar un peso corporal saludable;
- ▶ Seleccionar una dieta de bajo contenido en grasas y colesterol;
- ▶ Limitar la ingestión de azúcares sencillos (dulces);
- ▶ Limitar el consumo de sal;
- ▶ Consumir alcohol con moderación.

En las últimas décadas se han producido importantes cambios en los hábitos dietéticos de las sociedades occidentales. El proceso de industrialización de los alimentos ha sido apuntado como uno de los principales factores responsables del crecimiento energético de la dieta de la mayoría de las poblaciones occidentales. (Bleil, 1998 y French, 2001).

La industrialización en la producción de alimentos 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 la población a todo tipo de alimento. Los actuales hábitos alimentarios son basados en “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 micro nutrientes esenciales (Briones, 1991).

A partir de la década de los 80, en Brasil la diversidad de la producción y del consumo permitió el incremento de productos, tales como los pre-cocinado, étnico, dietético, sano y natural (Belik, 1996). Según datos del POF (investigación del presupuesto familiar) carnes, especialmente el pollo, y los lácteos han tenido una enorme ampliación en la oferta de productos procesados y los refrescos constituyen en sí, la representación máxima de la industrialización en el área de alimentos y bebidas. En Brasil en las dos últimas décadas hubo un predominio en el consumo de alimentos industrializados comprados en supermercados en todas las clases de renta familiar (Cyrillo, 1997).

Los dos aspectos más representativos de un equilibrio energético positivo han sido el aumento del suministro de energía por la dieta, y la reducción de AF, configurando lo que podría ser llamado de estilo de vida occidental contemporáneo (García, R., 1997 y Kumanyika, 2001). Así, queda claro el papel de los aspectos socioculturales en esta determinación, formando una red de factores, cuya aproximación va a permitir comprender e intervenir en el actual cuadro en evolución.

Son varios los factores asociados a la dieta que podría contribuir al aumento del sobrepeso / obesidad en brasileños al acarrear cambios importantes en los padrones alimentares tradicionales; 1 - migración interna; 2 - alimentación fuera de casa; 3 - crecimiento de comidas rápidas; ampliación del uso de alimentos industrializados / procesados. (Pinheiro y dos Anjos, 2004).

En Brasil, aunque sean necesarios estudios más completos, es cada vez más evidente la “americanización” de los hábitos alimentarios, lo que, aliado a la progresiva reducción de la AF cotidiana en razón de la mecanización y del avance tecnológico de nuestra sociedad, resulta posible hacer un pronóstico en el aumento de la prevalencia de obesidad y de sobrepeso en los diferentes segmentos de la población brasileña. (Guedes y Guedes, 2003).

Datos del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición de Brasil señalan que aproximadamente un 32% de la población adulta brasileña presentan algún grado de sobrepeso, especialmente en las clases menos favorecidas. De estos, un 8% tienen exceso de peso corporal acentuado u obesidad. Mientras que unos 27% de la población de hombres adultos presentan algún grado de exceso de peso corporal, esa prevalencia alcanzó el 38% para las mujeres. La situación más crítica es encontrada en la región sur, seguida por la región sudeste (regiones ricas en Brasil). La proporción del sobrepeso y de la obesidad se eleva poco a poco con la edad, alcanzando mayor prevalencia en el grupo de 45 a 55 años, en que el 37% de los hombres y el 55% de las mujeres presentan peso corporal por encima de los límites esperados. En los últimos 15 años la población brasileña de obesos prácticamente se duplicó, y el mayor aumento se halla entre los hombres (INAN, 1991).

Datos más actuales en Brasil del PNSN, 1989 (Investigación Nacional sobre Salud y Nutrición), indican que la población obesa – exceso de peso acentuado ($ICM > 30,0$ kg) –, es de aproximadamente 10% del total, y estos índices tienden a aumentar. Estas estadísticas representan un aumento dramático sobre un período relativamente pequeño (IBGE, 2000).

Hasta hoy día, las informaciones disponibles sobre los patrones alimentarios de la población brasileña han sido obtenidas mediante estudios de base domiciliar. Los resultados de dos bancos de datos realizados durante el periodo de 1962-1988 (Mondini, 1994), en las áreas metropolitanas de siete capitales brasileñas, revelan que el consumo de carbohidratos disminuyó en torno de 5% en las dos últimas décadas, principalmente los carbohidratos complejos, mientras que el consumo de grasas se mantuvo prácticamente estable a lo largo de la investigación. Y, comparando los datos obtenidos en las investigaciones realizadas en 1988 y 1996, se observó un aumento en la contribución calórica proveniente de los azúcares refinados y de los refrescos. (Monteiro y cols., 2000).

Sin embargo, esas informaciones no pueden ser consideradas completas, cuando se sabe que la colecta de los datos solamente fue realizada en el contexto familiar, no permitiendo conocer como el alimento fue preparado, el consumo individual de cada persona de la familia, y además no sabiendo la alimentación consumida fuera del ambiente familiar, lo que es muy frecuente en la adolescencia.

Otro estudio realizado en Brasil sobre consumo de alimentos (Ministerio de la Salud, 1997) señaló que la cantidad de sujetos que ingiere una cantidad excesiva de grasas y

colesterol en la dieta varió de un 20% en Goiania, Goiás hasta un 50% en Curitiba-Paraná. Así es posible deducir que los procesos asociados a la elección de los alimentos son complejos y multifactoriales.

Brasil, por ser un país capitalista en desarrollo y además por la cantidad de investigaciones que apuntan esta tendencia, nos hace creer, en el posible incremento de la obesidad y del sobrepeso de la población. Dependerá de la mejoría en el poder adquisitivo de los estratos socioeconómicos medios y bajos y de la proporción de la población que fuera aleccionada por hábitos alimentarios y por práctica de AF no saludables. Por lo tanto, solamente mediante programas que involucren los aspectos alimentarios y la práctica de Actividad Física, integrados en la educación hacia la salud, se podrá evitar que la situación se deteriore.

Partiendo de que los programas de EPS en la escuela deben ser de gran importancia para el fomento de hábitos saludables, es urgente la unión de la escuela con otros sectores sociales como los clubes, las asociaciones de barrios, y de padres de alumnos, etc. La EPS no debe conformarse con el desarrollo de conceptos, sino que es necesario diseñar estrategias para que se produzca realmente cambios en las conductas alimentarias, intentando reconciliar lo apetecible con lo sano.

3.4 - ESTILO DE VIDA Y SU RELACIÓN CON EL MUNDO LABORAL

“La promoción de la salud de las personas dependen de factores ligados a ellas mismas, a la adopción de hábitos de vida en el plano individual, pero, también, de las condiciones ambientales en las cuales están insertadas, en especial en el local de trabajo. Los patrones individuales de comportamiento pierden fuerza y tiende a ser abandonados si no reciben del ambiente refuerzo y estímulo. Solamente cuando el medio en que vive fuera proporciona soporte y apoyo, el individuo logra mantener, a lo largo de la vida, hábitos sanos” (Días y Marchi, 199: 35).

Antes de empezar a hablar de la relación del estilo de vida con el mundo laboral, vamos, de forma sucinta, a señalar los conceptos de salud laboral y salud ocupacional, y de la relación de los estilos de vida con el mundo laboral, intentando hacer una aproximación de la misma con la práctica de Actividad Física en el mundo del trabajo, que será objeto de reflexión en el último apartado.

Habitualmente la noción de salud laboral “alude a las condiciones de prevención de la salud en el medio de trabajo, lo que implica el desarrollo de actividades que eviten daños en la salud e integridad física de los trabajadores y que reparen las secuelas de los ya producidos” (Barañano, 1992).

Sin embargo, no podremos mirar este concepto de forma tan simplista, principalmente porque la salud laboral es manifestación de un principio general, el de la salud pública, que, en consecuencia, comparte con ésta el objetivo de conseguir una mejoría constante del bienestar general, del que la salud es indudablemente una parte fundamental (Sáez, 1990). La salud laboral es por tanto una especificación de la salud globalmente considerada, y depende estrechamente de ésta.

Además el concepto de salud laboral no hace referencia tan sólo a la protección de la salud, sino, muy especialmente, a la promoción de la misma. La definición de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de 1953 acerca de lo que deba entenderse por “salud ocupacional” abarca la acción de “promover y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones” (Serrano, 1989). La OMS en 1980 hace un resumen de lo que es el objetivo general de la salud ocupacional, en el sentido siguiente: se estriba en el “control de los riesgos laborales para la salud, para proteger y promover la salud de la población trabajadora, y promover la humanización del trabajo” (Ruiz, 1987).

Las intervenciones en la salud del trabajador (ST) y, en particular, en la Vigilancia en la Salud del Trabajador (VST), se basan en la concepción de que la salud para el trabajador no significa solamente la ausencia de enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo, sino también, y principalmente, la transformación de los procesos de trabajo en sus diversos aspectos, en el reto de buscar no solamente la eliminación de riesgos puntuales que pueden ocasionar agravios a la salud, sino también otra inserción del trabajador en el proceso productivo que sea estimuladora de salud y de vida (Belisario, 2003).

La Promoción de la salud en el lugar de trabajo (PSLT) se describió y desarrolló en EE.UU. mucho antes que en Europa. Desde la década de los ochenta las grandes compañías americanas llevaban a cabo programas de este tipo.

En Europa, no se habló prácticamente de PSLT hasta que en 1989 la Agencia Europea se ocupó de este tema y desarrolló un programa de investigación exhaustivo incluyendo las

áreas de investigación, política, formación y comercialización de la formación. Ese trabajo fue muy importante porque a partir de él se definió la PSLT desde una perspectiva europea (Comisión de las Comunidades Europeas, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), con el objetivo de definir de PSLT (1984), estableció cinco principios aplicables a la promoción de la salud en general, basados en el modelo ecológico de la salud; éstos mismos fueron adaptados por Wynne (1989) para ser utilizados en el lugar de trabajo (Tabla 1.16).

Tabla 1.16. Principios aplicables a la promoción de la salud en el lugar del trabajo

▶ Puede aplicarse a todos los grupos laboral
▶ Está orientada a las causas subyacentes de la enfermedad
▶ Combina diversos métodos
▶ Busca la participación efectiva de los trabajadores
▶ No es fundamentalmente una actividad médica, sino que debe enmarcarse en la organización del trabajo y en las condiciones de trabajo

Fuente: Wynne, R. (1989). Workplace action for health: a selective review and a framework for analysis. Working paper EF/WP/89/30/EN. Dublin: European Foundation for the Improvement of living and Working Conditions.

Un aspecto importante en los programas de PS en el lugar de trabajo es el de su justificación. Encontramos dos grandes grupos de motivaciones, que, de forma resumida, se presenta en la (Tabla 1.17).

Tabla 1.17. Argumentos justificativos de los programas de PS en el trabajo

▶ Reducen la prevaencia de determinadas enfermedades, la duración media de las bajas y el absentismo en general
▶ Reducen en número de accidentes, en general, los ligados a condiciones patológicas cardiovasculares, o derivados del consumo de alcohol
▶ Mejoría del clima organizacional, lo que repercute sobre la calidad y la productividad
▶ Reducen el gasto sanitario, tanto en general como el que corre a cargo de la empresa
▶ Permiten llegar a sectores de la población poco accesibles a los servicios de atención primaria. El mundo de la empresa proporciona una “audiencia cautiva”. Incluso, a través de la población laboral se puede llegar a sectores extralaborales, como la familia y los jubilados
▶ Permiten actuar sobre factores de riesgos sinérgicos de naturaleza laboral y extralaboral
▶ La población diana puede encontrar soporte en sus compañeros de trabajo y en la propia organización
▶ Los estudios parecen indicar una mayor eficacia que en los programas comunitarios

Fuente: THE EUROPEAN HEART NETWORK (1998). Expert Group on Psychosocial and occupation factors. *Social factors, stress and cardiovascular disease prevention in the European Union*. Brussels: European Heart Network.

Por un lado, están los que tienen una visión centrada en la empresa, buscando sus argumentos en los beneficios que tales programas tendrán para la propia empresa. En este caso se trata de beneficios indirectos, consecuencia de la repercusión que sobre el absentismo y la productividad tiene una buena salud de los trabajadores (Aubá y cols., 2000), pues dicho

absentismo es hoy un grave problema para el sector productivo de un país. En la propuesta del Naticional Center for Health Statics, absentismo es definido como los días perdidos por un trabajador que abandona su puesto y / o funciones al menos la mitad de su jornada laboral por razones de enfermedad, excluyendo otros factores de diferentes orígenes que también pueden obligar al abandono temporal de sus obligaciones habituales.

Por otro lado, se encuentran quienes parten de planteamiento más sanitario, que ven en estos programas la oportunidad de acceder a grupos poblacionales que, en general, hacen muy poco uso de los servicios de atención primaria y de esta forma se pone en contacto los trabajadores con actividades preventivas (Aubá y cols., 2000).

Quizás un buen camino sea que satisfaga a las dos partes, y que esta justificación sea prioritariamente basada en el incremento de los niveles de salud de los participantes de los programas (el trabajador). Los aspectos económicos deben ser considerados desde la perspectiva de los individuos, de la empresa y del estado – que en el caso de Brasil sería el más beneficiado –, ya que los costes sanitarios directos están cubiertos por la seguridad social brasileña.

Los indicadores utilizados en los estudios de evaluación de programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo se muestran en la Tabla 1.18 (Aubá y cols., 2000)

Tabla 1.18. Indicadores utilizados en los estudios de evaluación de programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo

▶ Reducción de los días de ausencia por motivos de salud (porcentaje persona / año)
▶ Reducción del número de factores de riesgo
▶ Abandono del tabaco
▶ Reducción de las visitas al médico
▶ Reducción de los días hospitalizado
▶ Reducción porcentual de los costes hospitalarios
▶ Reducción de los costes promedio hospitalarios (cifras absolutas)
▶ Reducción porcentual de los costes sanitarios generales (incluyendo a veces los gastos personales en farmacia)
▶ Reducción de los días perdidos por baja por enfermedades (diferente a días de baja por enfermedades)
▶ Disminución de accidentes
▶ Relación coste-beneficio
▶ Uso de instalación deportiva (número de visita)
▶ Porcentaje de participación en programas y actividades
▶ Modificación de parámetros fisiológicos: colesterol, peso, tensión, etc.

Fuente: Aubá, J. y cols. (2000). Factores extralaborales. En: Fernando G. Benavides, Carlos Ruiz y Ana. M García (Coord.). *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgo laborales* (pp.401-413). Barcelona: Masson.

Estos indicadores presentan una disparidad metodológica de los análisis empleados. Hay que considerar que en muchas ocasiones los indicadores utilizados, además de ser

diferentes, no están definidos con precisión (Aubá y cols., 2000). A continuación se muestra en la Tabla 1.19 algunos de los problemas para la evaluación y comparación de los resultados de los programas de PS.

Tabla 1.19. Problemas para la evaluación y comparación de los resultados de los programas de PS

▶ Corta duración de los programas
▶ Población pequeña
▶ Indefinición de las actividades
▶ Indefinición de los parámetros que se deben evaluar
▶ Dificultad para cuantificar con precisión las inversiones y los beneficios económicos
▶ Poblaciones no estandarizadas
▶ Influencia de factores externos al programa

Fuente: Aubá, J. y cols. (2000). Factores extralaborales. En: Fernando G. Benavides, Carlos Ruiz y Ana. M. García (Coord.). *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgo laborales* (401-413). Barcelona: Masson.

Los cambios en los procesos productivos se orientan por la búsqueda del aumento de la productividad y la reducción de los costes, generalmente, acompañadas además de la reducción del número de puestos de trabajo y los criterios de remuneración de los trabajadores, y no son necesariamente seguidas por la mejora de las condiciones de trabajo. Frecuentemente, el aumento de la productividad es logrado por una combinación entre el aumento del ritmo del trabajo, la disminución de las pausas de descanso y el aumento de la carga de responsabilidad de los trabajadores.

Si por un lado los avances tecnológicos disminuyeron las acciones corporales en el trabajo, por otro trajeron problemas que se consideran más graves para la salud física, mental y social del trabajador que los del pasado. La ansiedad, el estrés, las lesiones por esfuerzo repetido, la obesidad, el síndrome del pánico, las enfermedades degenerativas, entre otros disturbios, son hechos que ocurren con frecuencia en la sociedad del siglo XXI entre los trabajadores (De Figueiredo, 2001).

Respecto a los impactos sobre la salud y la seguridad de los trabajadores, ellas se han convertido en verdaderas epidemias, observadas universalmente, de las enfermedades ocupacionales por movimiento repetido, incluidas en el grupo de la lesiones por esfuerzo repetido (LER).

La investigación de Fernandes (2000) en Brasil sobre la influencia de la organización del trabajo-tecnología y entrenamiento en el surgimiento de las LER, en el caso del NPD (Núcleo de procesamiento de datos) de la UFSC (Universidad Federal de Santa Catarina) tuvo

el objetivo de evidenciar las LER o DORT (Dolencias Osteomusculares relacionadas al trabajo) en el nivel organizacional, utilizando para tanto las variables: tecnología y entrenamiento. Los resultados de la investigación apuntan:

- ▶ En relación con la variable tecnología hay indicios de que la misma haya contribuido para el surgimiento de la LER, y que tales indicios son más positivos en los cargos de digitador y analista de sistemas;
- ▶ En cuanto al variable entrenamiento, en la percepción de los entrevistados, el contenido programático fue insuficiente o no compatible a las necesidades de los instruidos. Por tanto se confirmó la asociación entre las variables tecnología y entrenamiento con el acontecimiento de LER / DORT en el ambiente de trabajo;
- ▶ Específicamente para el caso presentado se recomienda: estudio ergonómico de los puestos de trabajo, programas de gimnasia laboral, pruebas médicas, programa de entrenamiento y desarrollo que acompañen los cambios tecnológicos.

En salud laboral se entiende por factores psicosociales aquellas características de las condiciones de trabajo, y, sobre todo, de su organización que pueden afectar a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos. La organización del trabajo afecta a las personas a través de procesos emocionales – sentimientos de ansiedad, tristeza, alienación, apatía, etc. –, cognitivos – restricciones de la percepción, de la habilidad para la concentración, de la creatividad, o de la toma de decisiones, etc. – del comportamiento – abuso de alcohol, tabaco, drogas, conducta violenta, asunción de riesgos innecesarios, etc. – y fisiológicos – reacciones neuroendocrinas – (Moncada y Artazcoz, 2000).

Otras enfermedades, poco específicas y no muy conocidas, han surgido bajo la forma discreta o grave de manifestaciones del estrés o de sufrimiento mental, proveniente de las nuevas exigencias impuestas a los trabajadores y solicitud de más atención, disponibilidad y responsabilidad por toda una línea de producción (OPS, 2002).

La relación entre los factores psicológicos y diversos trastornos de salud está sólidamente documentada. La mayoría de los estudios publicados en las dos últimas décadas muestran una asociación entre:

- ▶ La tensión laboral y las enfermedades cardiovasculares (The European Heart Network, 1998);
- ▶ Las enfermedades cardiovasculares y la escasez de control sobre las recompensas del trabajo a largo plazo (The European Heart Network, 1998);

- ▶ La tensión laboral con el absentismo laboral por motivos de salud (North y cols., 1996);
- ▶ La percepción del estado de salud y el hábito de fumar (Moncada, 1995);
- ▶ Diversos trastornos de base ansiosa, psicológica y psiquiátricos (Artazcoz, 1996 y Stansfeld y cols., 1995);
- ▶ El dolor de espalda y trastornos musculoesqueléticos (Hemingway y cols., 1997 y Bongers y cols., 1993).

Mientras los antiguos procesos poseían sus factores de estrés en forma de monotonía, – tareas repetidas –, eliminando la capacidad de innovación y creación de los trabajadores, los nuevos sistemas de producción traen otros incentivos, aunque introducen otros factores de estrés, particularmente la inseguridad y la competición.

Alonso López (2002) señala en su trabajo la gran tensión psicológica en que la población de trabajadores pasa en una selección para un puesto de trabajo en una empresa (que puede durar días, meses y hasta años), y luego ya en el propio desarrollo del trabajo. Si a esto le incluimos la propia presión del trabajo, producto de la responsabilidad que el mismo implica y las consecuencias que la misma produce en caso de cometer un error, además de la posible pérdida del trabajo y la poca actividad física que ese puesto de trabajo exige, sin dudas se justifican las diferentes enfermedades que han tomado cuenta de este tipo de población en los últimos años. Las enfermedades son: hipertensión arterial; LER / DORT; infartos de miocárdico; diabetes y gastritis, etc.

¿Las conductas extralaborales, como por ejemplo: el hábito de fumar, de consumir alcohol, la alimentación, etc., influyen en las condiciones laborales? o quizás ¿éstas condicionan estos hábitos? No es tarea fácil establecer límites entre la relación de las conductas extralaborales y el mundo del trabajo; lo que va a ser discutido en los próximos apartados es la relación del hábito de fumar y consumir alcohol con el trabajo.

En relación con la cuestión de fumar en el lugar de trabajo, la investigación ha demostrado que gracias a las políticas sobre el tabaquismo en el lugar de trabajo se reduce el consumo diario de cigarrillo entre las personas que fuman. La probabilidad de dejar de fumar es mayor entre los fumadores que trabajan en lugares de trabajo libre de humo de tabaco que entre los que trabajan en empresas que carecen de una política al respecto (Van den Borne y cols., 2003).

Raaijmaker (2003), del Centro Holandés de fomento de la salud en el trabajo, aborda algunos motivos de la importancia de la intervención contra el tabaquismo en el lugar de trabajo:

- ▶ Estar relacionado con el absentismo y bajas por enfermedades;
- ▶ Estar relacionado con la pérdida de productividad y con los accidentes laborales;
- ▶ Estar relacionado con la imagen corporativa de la empresa en la sociedad;
- ▶ Estar relacionado con los litigios (posibilidad de los empleados afectados por el humo del tabaco emprendan acciones legales);
- ▶ Estar relacionado con los costes adicionales debido al consumo de tabaco (limpieza más intensa del interior y de los equipos debido al humo del tabaco y una sustitución más frecuente de los aparatos, etcétera).

En Canadá, un estudio realizado por el Conference Board of Canadá en 1997 estimó los costes adicionales de la contratación de un trabajador fumador en comparación con un trabajador de mismo nivel laboral no fumador. Los costes totales estimados por fumadores son de más de 2.000 (dólares canadienses) al año (unos 1.700 Dólares US, valores de 1995).

En Alemania, Krause (1995) estima que un empleado cuesta al año como mínimo 2.460 marcos más que uno no fumador (unos 1200 US, precios de 1995).

Las intervenciones de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral están justificadas por varios motivos relacionados con los siguientes aspectos: salud pública – mejora la salud de todos los trabajadores –; social – evita conflictos entre fumadores y no fumadores –; económicos – disminuyen los gastos generales –; legales – mejoría el cumplimiento de leyes y normativas (Nerín y Crucelaegui, 2003).

En relación con las drogas y al alcohol aún no son muchas las investigaciones que relacionan este consumo con el mundo laboral, lo que es muy distinto con el consumo de tabaco, que ya presenta una enorme cantidad de investigaciones.

En el ámbito laboral en España, el alcohol se ha relacionado con el 20% - 30% de los accidentes laborales globales y con una tercera parte de los mortales. Así mismo, se han descrito como consecuencias asociadas, problemas de salud, disminución en el rendimiento laboral, peor clima laboral, absentismo y bajas laborales (Observatorio Español sobre drogas, 2001).

En España se ha calculado que el impacto económico del uso de bebidas alcohólicas en el medio laboral supone un total de 2.460 millones de euros / año de pérdidas, por costes indirectos; las pérdidas de productividad se calculan en 1.731 millones de euros/año; los costes por incapacidad laboral temporal en 728,5 millones de euros / año. Los accidentes laborales relacionados supondrían un coste sanitario anual medio de 122 millones de euros (Portella y cols., 1998).

Aproximadamente el 50% de las empresas españolas han tenido que enfrentarse en los últimos tiempos a problemas derivados del consumo de alcohol por parte de sus trabajadores. Por una parte está lo que la empresa deja de ganar o la pérdida de productividad. Esto puede estar relacionado directamente con los efectos del alcohol sobre el individuo, con pérdida de rendimiento, fatiga y paradas repetidas, o deberse a razones indirectas, al interferir en el trabajo de los demás con sus cambios de carácter y conflictos dentro del propio lugar de trabajo. Además su absentismo laboral es tres veces y media superior a la media y las paradas en el trabajo 1,5 veces a la del resto de compañeros. El coste del alcoholismo por esta disminución de la productividad se acerca al medio billón de pesetas al año. En el otro extremo está lo que la empresa y la sociedad se gasta debido a los problemas de salud y absentismo ocasionados por el consumo de alcohol. Ello viene acompañado de un mayor gasto sanitario y social, asociado a Incapacidades Laborales Transitorias (ILT); y jubilaciones anticipadas – triplica el gasto por seguro de enfermedad que el resto de empleados – (Valderrama y cols., 2000).

Según datos de investigaciones en EUA, el perfil e impacto económico del consumo de alcohol y drogas en el mundo laboral son (Masip, 1999):

- ▶ Trabajadores con abuso: 17%;
- ▶ Consumidores ilegales que trabajan: 70%;
- ▶ Trabajadores que encuentran fácil beber en el trabajo: 75%;
- ▶ Muertes por accidentes vinculados al consumo de alcohol: 40%;
- ▶ Lesiones por accidentes vinculados al consumo de alcohol: 47%;
- ▶ Veces mayor que la medida del absentismo por abuso de alcohol: 3,8% a 8,3%;
- ▶ Veces mayor que la medida del absentismo por abuso policonsumo: 16%;
- ▶ Veces mayor que la media de las prestaciones por enfermedad: 3%;
- ▶ Veces mayor que la media de reclamaciones indemnizatorias: 5%;
- ▶ Coste de la adicciones en relación con la nómina empresa: 1 al 10%;

- ▶ Relación problema falta calidad producto/adicciones: 35%.

La Clínica Mayo (2002) hace una revisión muy oportuna de estadísticas que hacen relación con las drogas de consumo ilegales y el alcohol y de cómo esto puede afectar la salud y la seguridad en el lugar de trabajo.

- ▶ El 75% de los adictos a las drogas ilegales están empleados;
- ▶ El alcoholismo hace que se pierdan 500 millones de jornadas de trabajo al año en EEUU;
- ▶ Los problemas relacionados con el alcohol y las drogas son una de las cuatro razones principales de violencia en el lugar de trabajo;
- ▶ El riesgo de accidentes es cinco veces mayor en la gente que asiste al trabajo bajo la influencia de drogas o alcohol;
- ▶ La gente que usa drogas o alcohol falta diez veces más al trabajo que las personas que no los usan;
- ▶ Los usuarios de drogas, como grupo, usan los servicios médicos en una proporción ocho veces mayor que los que no las usan;
- ▶ Una encuesta realizada por Gallup entre empleados determinó que el 97% de ellos consideran que la prueba de drogas en el lugar de trabajo es adecuado bajo ciertas circunstancias, y el 85% piensa que las pruebas de orina pueden reducir el uso de drogas ilegales.

Los empresarios norteamericanos relativizaban en 1985 lo que en 1995 ya consideraban evidente: que el grave problema del abuso en el consumo de alcohol (destilado) y las drogas se ha propagado desde ciertos sectores de la juventud urbana no trabajadora a los trabajadores, mandos intermedios y ejecutivos de las empresas (Masip, 1999).

En España, como en Brasil, las primeras preocupaciones empresariales casi nunca son anteriores a los años 90 y, en consecuencia, la reacción se está retrasando gravemente. En general, sólo las grandes empresas han tomado medidas, pero fundamentalmente referidas al alcoholismo.

Barros, 1999, en la investigación sobre la práctica de Actividad Física y otros comportamiento relacionados a la salud en industrialos de Santa Catarina, Brasil, observó una asociación significativa ($p < 0,05$) entre el consumo excesivo de alcohol y el sexo, el estado civil, el nivel socioeconómico y escolaridad, mientras tanto, esta relación no fue observada

con la edad, que no parece estar relacionada con los niveles de consumo de alcohol en esta población. En el análisis estratificado por sexo, los resultados presentan la misma tendencia, excepto, en el sexo femenino, donde no se observó asociación significativa entre el nivel socioeconómico y el consumo excesivo de alcohol.

Como fue visto en los apartados anteriores, es evidente la relación del estilo de vida con el mundo laboral; queda claro la importancia de intervenciones en el lugar del trabajo en relación con la mejoría de la salud del trabajador. Por tanto en estos proyectos de intervención en salud laboral el cuidado de la planificación no debe ser exclusivamente ventajoso para la empresa; la perspectiva del trabajador debe ser muy definida y defendida.

En este apartado no se analizó la importancia de la Actividad Física en el lugar de trabajo dado que es la temática específica del siguiente punto.

3.4.1 - La Actividad Física en el ambiente laboral

“La creciente tendencia mundial en la búsqueda de la mejoría de la calidad de vida hizo surgir en las empresas la necesidad de la implantación de varios programas diseccionados para sus colaboradores, que tradicionalmente son conocidos por trabajadores. Los objetivos más frecuentes para la implantación de estos programas son la reeducación para el combate del sedentarismo, el estrés ocupacional, las enfermedades ocupacionales, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el alcoholismo, entre otros. Muchas veces, surgen con la intención de amenizar los efectos deletéreos de la tecnología, principalmente si las personas no sepan utilizar” (Alves, 2000: 1).

Son muchas las prácticas de PS en el trabajo, pero vamos a dedicarnos en este apartado a la práctica de Actividad Física en el ambiente laboral.

El repaso histórico de las prácticas de Actividad Física en el trabajo ha sido editado a partir de los trabajos de Dias (1994), Lima y cols. (1998), Fontes (2001) y Lima (2003) entre otros.

Los primeros registros encontrados sobre gimnasia laboral fueron hallados en un pequeño libro llamado Gimnasia de pausa, editado en Polonia en 1925. La gimnasia laboral era destinada a operarios y surgió algunos años después en Holanda y en Rusia. En 1928, surge en Japón la gimnasia laboral, una actividad diaria para relajación y cultivo de la salud para los trabajadores de correos.

La primera manifestación de actividad deportiva en el ámbito interno de empresas en el Brasil ocurrió en la fábrica de tejido Bangu, en Rio de Janeiro, en 1901.

En el Brasil, durante la década de 1930, reaparecieron otras acciones que ofrecían opciones de ocio y deporte, como el Banco del Brasil (desde 1928), Light y Power (1930) y Caloi (1933).

En 1958, en Japón, fue denominada como “*tenossinovite*” la fase inicial de problemas de lesiones ocupacionales. En la década de los 60, surgen programas de Actividad Física también en Bulgaria, Alemania, Suecia y Bélgica.

En 1989, en los EUA, hubo una inversión en programas con la finalidad de promover el acondicionamiento físico de sus trabajadores. En los países socialistas, la gimnasia laboral promovió la disminución de estrés y la mejoría en los aspectos fisiológicos y en la postura corporal de los trabajadores.

Hoy es muy común, en las empresas, la gimnasia laboral¹¹ y la gimnasia de pausa¹². Inicialmente el deporte actuaba como una manifestación cultural, mucho más que como un estímulo a la práctica deportiva y que como un camino hacia cambios favorables de la salud.

En un segundo momento, la AF como promotora de salud fue ganando importancia, con una doble finalidad: promover la salud y su reflejo en la vida de la empresa. La Actividad Física en las empresas está vinculada al combate del estrés, proporcionando menor riesgo de accidentes de trabajo, y también al combate de LER o las DORT, que son líderes de las estadísticas de las enfermedades en el trabajo.

Las LERs son causadas por el desgaste de las estructuras articulares, debido a la exigencia crónica de movimientos. Los objetivos de la Gimnasia laboral, teniendo en cuenta

¹¹ Para Dias (1994), la Gimnasia Laboral compensatoria o de pausa (GLC) y la Gimnasia Laboral preparatoria (GLP) consisten en ejercicios específicos que son realizados en el propio lugar de trabajo, actuando de forma preventiva y terapéutica. La GL no sobrecarga y no lleva al funcionario al cansancio porque es ligera y de corta duración. Con esto, se espera prevenir la fatiga muscular, disminuir el índice de accidentes de trabajo, corregir vicios posturales; aumentar la disposición del funcionario en el inicio y en el retorno del trabajo y prevenir las enfermedades por traumas acumulativos. Para Fontes (2001), la GL es una AF diaria, realizada en el lugar de trabajo, con ejercicios de compensación para movimientos repetidos, para ausencia de movimiento y para postura incorrecta en el lugar de trabajo.

¹² La gimnasia compensatoria o de pausa tiene una duración aproximada de 10 minutos y es realizada durante la jornada de trabajo. Interrumpe la monotonía operacional aprovechando las pausas para ejecutar ejercicios específicos de compensación para esfuerzos repetidos, estructuras sobrecargadas y las posturas solicitadas en el puesto de trabajo.

la prevención de las LERs y la promoción de la calidad de vida en el trabajo, incluyen (Lima, 2003):

- ▶ Prevenir la fatiga muscular;
- ▶ Disminuir el número de accidentes en el trabajo;
- ▶ Corregir vicios posturales;
- ▶ Prevenir enfermedades por traumas acumulativos;
- ▶ Promover la sociabilidad;
- ▶ Mejorar la condición física general;
- ▶ Disminuir el absentismo y frecuencias en los ambulatorios;
- ▶ Aumentar el ánimo y la disposición para el trabajo;
- ▶ Proporcionar conciencia corporal.

Como ya fue dicho anteriormente, los programas de calidad de vida y PS en el ambiente laboral deben asistir, a la vez, al interés de las empresas y del empleado.

Las ventajas para el trabajador con la implementación de un programa de Actividad Física en la empresa son claras: una vida mejor y quizás más larga, con mejor salud física y, principalmente, más feliz. Este estado de más felicidad adviene no solamente del hecho de que el individuo puede sentirse más bien dispuesto y con más vigor físico, sino, sobre todo, de la sensación de bienestar interior proveniente de la mejoría de las relaciones personales que mantienen en el trabajo, además del hecho de pasar a vivenciar el trabajo no como tortura y fuente de desencanto, sino como algo placentero y deseable (Dias y Marchi, 1997).

La implantación de un programa de deporte regular o práctica de Actividad Física puede ser un medio para prevenir los riesgos y accidentes laborales que sufren los trabajadores de las empresas durante su jornada laboral, ya que muchas lesiones que sufren los empleados son debido a: el exceso de sedentarismo en el desempeño de sus funciones; los vicios posturales adquiridos con el paso de los años; un trabajo físico excesivo; a una ejecución mecánica incorrecta de la tarea que realiza.

Isusi (2001: 396 - 397), en su trabajo, señala la repercusión positiva de la práctica de Actividad Física en el funcionamiento de la empresa, teniendo en cuenta los siguientes factores:

- ▶ Antiestrés (afrenta la situación estresante de una manera menos amenazante y más positiva);

- ▶ Motivación (jornada laboral menos monótona, más contento consigo mismo y con la postura de la empresa preocupada por su salud);
- ▶ Mayor calidad del producto o servicio final de la empresa (mejor desempeño de las funciones, repercutirá en una mayor calidad del producto final);
- ▶ Reducción de los costes de la empresa (empleados realizan mejor el trabajo, reducción de quejas, reducción de piezas o productos defectuosos);
- ▶ Reducción de las bajas laborales (abandonarán el exceso de sedentarismo, ser más activo repercutirá en un decremento del número de lesiones que sufren los empleados);
- ▶ Mejora de la atención al cliente (mejor humor, atenderá los clientes de una manera más satisfactoria);
- ▶ Mejora de la comunicación interna de la empresa (el personal puede conocerse mejor, intercambiar experiencias más fácilmente e incluso pueden limarse asperezas que hubieran podido surgir);
- ▶ Mejora de la imagen interna y externa de la empresa (mejoría la concepción que el empleado tiene de su empresa y la imagen externa se ve reforzada porque se preocupa por la salud y calidad de vida de sus empleados).

Sharkey (1998: 284), investigador del Colegio Americano de Medicina del Deporte, afirma que:

“Trabajadores aptos físicamente son más productivos, faltan menos al trabajo y tiene mucho menos posibilidad de sufrir invalidez a raíz del trabajo o de jubilarse precozmente debido a las enfermedades cardíacas u otras enfermedades degenerativas, y además este trabajador tiene una actitud más positiva en relación con el trabajo y con la vida en general”.

Los trabajos que tratan de analizar la relación entre la condición física y los fenómenos socio-laborales, se realizan desde perspectivas del absentismo laboral y de la productividad laboral.

Según una revisión sobre esta temática, realizada por Navarro (1998: 50) en su tesis doctoral, los resultados de algunos estudios son parcialmente contradictorios. Baun y cols. (1986), a la vez que encuentran diferencias significativas entre el absentismo de las mujeres que realizan o no Actividad Física de forma habitual (67 horas / año), no encuentran que sucede lo mismo entre los hombres estudiados. Tucker y col (1990) evidenció que los sujetos

de menor condición física (% de grasa y rendimiento en step-test) faltan a su trabajo 2.5 veces más que los que tienen mejor condición física. Steinhart y cols (1991) estudiaron el fenómeno a partir de la evaluación del VO₂ máximo de la muestra de oficiales de policía analizada, encontrando una relación inversa entre ambos parámetros.

El concepto de productividad implica capacidad de producción por unidad de trabajo, sin embargo, se debe considerar las mejoras socio-laborales que indirectamente redundarán en beneficios para la sociedad, y probablemente en la calidad de vida del individuo, y no explotación de éste por su mejor condición.

Navarro (1998: 51) también hace una óptima revisión relacionando la productividad con la condición física de los trabajadores. Cox (1981) y dos compañías, una de las cuales incorporó un programa de ejercicio físico para sus trabajadores y la otra no, ha encontrado que la empresa que utilizó (grupo experimental) mejoró un 7% su rendimiento, mientras la compañía que hizo del grupo control sólo mejoró 4.3%. Danielson y Danielson (1982), en un estudio sobre bomberos florestales, encontraron una productividad un 62% superior entre aquellos que fueron sometidos a un programa especial (aeróbico) de AF. Slee y Peepre (1974), al estudiar trabajadores sometidos a tareas con poco o bajo requerimiento físico, concluyeron que la inclusión de un programa de AF conducía, entre otras cosas, a una mejor actitud para el trabajo (29% en los hombres y 53% en la mujeres), así como a una disminución en el estrés y la tensión (36% en los hombres y 78% en las mujeres). A similares conclusiones llegaron otras investigaciones como las de Ricci (1992), Karch y cols (1988), o Zoltick y cols (1990), mientras que en otros trabajos no encontraron relación entre rendimiento físico y condición física (Cox y Montgomery, 1991, Rudman, 1987), o encontraron relación inversa (Blair y cols, 1986).

El acondicionamiento físico del trabajador ya es una inversión de la empresa y es ya justificado por las siguientes razones (Sharkey, 1998):

- ▶ Costo / beneficio - trabajadores aptos son menos propensos a fumar, a beber y a usar drogas;
- ▶ Producción - son productivos en cualquier ramo de trabajo;
- ▶ Seguridad - son menos propensos a lesiones y cuando las presentan, tienen mejor recuperación;

- ▶ Salud de los trabajadores - faltan menos al trabajo, la empresa tiene menos gastos sanitarios, como también sufren menos problemas degenerativos además de tener más disposición para el trabajo y para la vida;
- ▶ Programas de aptitud física y salud aumentan la lealtad y reducen el cambio de trabajadores en la empresa.

La importancia del trabajo en el bienestar y la salud de las personas queda claro al considerar que trabajando se pasan gran parte del día de nuestras vidas mientras estamos despiertos. Es en el trabajo, o por medio de él, que se realizan grande parte de nuestras aspiraciones. Comprensible es, pues, el papel relevante del trabajo en nuestra vida, así como lo es de nuestra vida sobre la calidad del trabajo y el desempeño profesional.

Las empresas que invierten en la AF en el trabajo están vivenciando una reducción significativa del absentismo, una mejor productividad y una sensible mejora de las relaciones de trabajo de sus empleados. Estudios en empresas americanas revelan un retorno de cinco dólares para cada dólar aplicado en este campo (Lima, 2003). No cabe duda que la salud económica / financiera de las empresas tiene íntima relación con la salud de sus empleados.

Es incontestable la idea de que la práctica de actividad ejerce influencia en el proceso de mejoría de la salud y manutención del cuerpo biológico para soportar el trabajo productivo y el camino a lo largo de la vida del ser humano. A pesar de la disminución de la acción corporal sobre la producción, o sea, la desmaterialización del trabajo, para la institución de formación profesional, aún es muy fuerte el papel de la actividad física en lo que se refiere a los cuidados con el cuerpo.

Lo que tiene que considerarse en la perspectiva de la salud laboral es la articulación de los intereses de la empresa, los intereses del trabajador y la adecuada formación profesional (un currículo que sea compatible con estas tres dimensiones).

Al tratarse de una perspectiva emprendedora, donde los alumnos son gestores de la empresa, es aún más fuerte la evidencia de que los alumnos de la educación profesional deban tener en su formación competencia relacionada con la promoción de la salud y, en concreto de la salud laboral, ya que ellos deben entender las posibilidades de vivir con calidad de vida, pues serán los futuros gestores de sus empresas, y, además, deberán incrementar este patrón

de calidad de vida, que traerá beneficios no sólo para el desarrollo de la empresa, sino también para todos los que forman parte de ella.

Se puede deducir que sería de gran importancia para la formación profesional las temáticas relacionadas con la salud laboral. ¿Cómo se puede entender una formación profesional desarticulada con los intereses de la empresa? ¿Cómo se puede entender una educación profesional que contempla básicamente en su currículo los intereses del mercado, olvidando otras dimensiones tan importantes como afectivas, sociales, culturales y políticas? ¿No sería más lógico que el trabajador en su formación adquiriese competencias relacionadas con la salud laboral, para así actuar mejor en el ambiente laboral y en su vida en general?

No queremos contestar a estos cuestionamientos, sino reivindicar el derecho del trabajador de tener una formación más amplia, más allá de las competencias exclusivamente técnicas que son ofrecidas en los currículos de la Enseñanza Técnica, en la mayoría de los CEFETs en Brasil.

CAPÍTULO 2

PLANTEAMIENTO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN



La combinación del GD (grupo de discusión) con técnicas cuantitativas es una posibilidad de investigación y la combinación de esta técnica cualitativa con la encuesta sigue siendo la articulación más práctica y documentada (Valles, 2000).

1 - INTRODUCCIÓN

En este apartado planteamos, como principal objetivo, describir el procedimiento utilizado en la construcción de esta investigación. Por ello, en primer lugar, exponemos el planteamiento del problema de la investigación. En segundo, se indican los objetivos, el diseño, las variables y la muestra. En tercer, se presenta la estructuración del diseño temporizado. En cuarto, se presenta el estudio final. Por último, se describirán las técnicas estadísticas de análisis de datos empleadas.

2 - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los contenidos, los valores, las pautas de comportamientos respecto a la salud, etc., se han venido transmitiendo de generación en generación de forma espontánea, sin mediar un proceso consciente e intencional. Sin este proceso, los contenidos científicos que van generando en el área de las ciencias de la salud llegan con gran dificultad a la población, provocando una desconexión entre el universo cultural de ésta y los conocimientos científicos (López, 2000: 399).

Actualmente, los hábitos de vida de la población, especialmente de las sociedades occidentales, están en constante cambio. Los cambios socioeconómicos y culturales, y los numerosos avances tecnológicos, han traído un nuevo estilo de vida para la población. Según Franks y Howley (2000), los avances tecnológicos contribuyen de forma significativa al aumento del patrón de vida del hombre y de la mujer, pero al mismo tiempo van trayendo consigo una serie de riesgos para la salud. La tecnología incorporó un nuevo concepto de confort, bienestar, cambiando el estilo de vida de las personas, pero no, necesariamente, incrementó la calidad de vida a largo plazo.

El interés por los estilos de vida surge en los años 50 desde el ámbito de la salud pública cuando las enfermedades crónicas empiezan a constituirse como el problema central del sistema sanitario. A partir de los años 80, aumenta mucho la preocupación por estudiar las posibles relaciones entre estilo de vida y salud. Este interés tiene origen en el incremento de pacientes con enfermedades crónicas derivadas, muchas veces, de los estilos de vida poco saludables.

Las enfermedades degenerativas se convierten en uno de los grandes males de mortalidad de los países desarrollados, y lo mismo ocurre en Brasil. El sedentarismo, estilo de vida inactivo, contribuyen en gran medida al desarrollo de estas enfermedades. Estamos de

acuerdo con Pate (1988), cuando afirma que la hipocinesia, estilo de vida con carencia de Actividad Física, está relacionada con anomalías tales como: cardiopatías, obesidad, diabetes, dolores lumbares y articulares.

El sedentarismo es uno de los grandes problemas de las sociedades desarrolladas y en desarrollo. El hombre y la mujer modernos realizan poco esfuerzo físico debido a todas las ventajas tecnológicas actuales. Como consecuencia de este estilo de vida, sufren un nivel de estrés muy grande, asociado a la prisa cotidiana y a la competitividad de la vida diaria, además de una alimentación menos saludable (Guedes y Guedes 1995). El tabaco, el consumo de alcohol, las dietas demasiado grasas o sobreabundantes, así como hacer poco ejercicio físico, o conducir de forma imprudente, se encuentran entre los comportamientos considerados insalubres o factores de riesgo (Sanmartín, 2000).

La motivación para la práctica regular de Actividad Física, hacia la salud y bienestar o para el desarrollo de la aptitud física, resulta de una compleja interacción de diversas variables psicológicas, sociales, ambientales e incluso genéticas. Mientras algunos factores, que pueden influir en los comportamientos, son difíciles de cambiar, como los hereditarios, la escolaridad y el nivel socioeconómico, otros pueden cambiar a través de la información, de experiencias placenteras, del desarrollo de habilidades para tales comportamientos y por la reducción de barreras que dificultan o impiden estos cambios (Nahas, 2001).

En Noruega, Fluge y cols. (1994) indican que la medicación está creciendo entre los jóvenes y que cerca del 50% de los escolares de 12 años presentan una o más enfermedades crónicas. En Rusia, Petlenko y Davidenko (1998), comentan que para poder subsistir, muchos adultos tienen que asumir varios trabajos, lo que conlleva gran cantidad de estrés, que unido al poco descanso y a la mala alimentación, está desencadenando en una enfermedad nueva, llamada “Síndrome del cansancio crónico”.

En 1996, un estudio realizado en 9 países europeos (Bélgica, República Checa, Estonia, Finlandia, Alemania, Inglaterra, Hungría, Portugal y España), a más de 8000 escolares de 12 a 15 años, a través de una encuesta, abordó los siguientes temas: actividades de ocio, práctica de Actividad Físico-deportiva, autopercepción, motivación para la práctica, socialización hacia la práctica y actitud del joven ante la Educación Física (Pierón, Telama, Almond y Carreiro da Costa, 1997). Los resultados más importantes fueron:

- ▶ Las actitudes con relación a la Educación Física son más favorables que hacia la escuela (a un 60-70% les gusta la EF), especialmente los más jóvenes, manifestándose una tendencia del desinterés según avanzan los años (excepto en Portugal y Gran Bretaña);
- ▶ El alumno piensa que el primer objetivo de la EF 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 chicas;
- ▶ 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 física 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;
- ▶ Se involucran más frecuentemente en actividades de cierta intensidad los chicos que las chicas.

La tendencia de otros estudios continua la idea de que los chicos son más activos y participan de actividades más intensas que las chicas (Mota y cols., 2002 y Wharf y cols., 2003) y el motivo de la práctica de AF está relacionado con la buena forma y la salud (Casimiro, 2002).

En España, el estudio sobre las conductas de los escolares relacionadas con los hábitos de vida (ECERS), ha sido realizado en tres ediciones (1986, 1990, 1994), siendo dirigidos en cada una de ellas por Ramón Mendoza y estando publicados los resultados íntegros sólo de los dos primeros estudios. La primera muestra fue con alumnos de edad entre 11 y 15 años y la segunda con alumnos entre 11 y 18 años.

Sobre los hábitos alimenticios destaca un alto consumo diario de leche y frutas. El consumo de pescado es menor que el consumo de carne. Es preocupante el consumo elevado de dulces y refrescos azucarados. En relación con el consumo de drogas institucionalizadas, el

alcohol es probablemente la droga que más escolares españoles han consumido alguna vez. Sólo 16% de los alumnos afirman nunca haber bebido un vaso o copa de vino, cerveza, sidra o licor, siendo su inicio bastante precoz ya que a los once años sólo 30% de los escolares no han ingerido esta droga (Datos de ECERS de 1990 y 1994). El 46% ha consumido tabaco alguna vez en su vida, aunque si se compara este porcentaje con el ECER 1986 tiende a disminuir la proporción de alumnos. El 21% se mostró fumador de tabaco de manera regular o esporádica (Mendoza, 2000).

Relacionando la práctica de Actividad Física con otros hábitos de vida, Mendoza (2000) señala que en lo que se refiere al alumnado español de 11 a 18 años, la Actividad Físico aparece ligada a la sociabilidad, al bienestar personal y a una alimentación rica en calorías. Por otro lado, el sedentarismo aparece asociado al aislamiento social, a los trastornos psicósomáticos y a la insatisfacción con el propio cuerpo.

En los Estados Unidos de América un estudio realizado por los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (Caspersen y Marrit, 1995), estimó los siguientes niveles de actividad para la población: físicamente activo el 30,5%, irregularmente activo el 28,5%, y regularmente activo – no inactivo el 31,9% y regularmente activo intensivo el 9,1% –. Considerando la necesidad de que la práctica física sea regular para asegurar los beneficios físicos y mentales en la salud, solamente el 40% de la población puede ser considerada activa.

En Brasil, en los últimos 50 años, se ha encontrado una representativa disminución de la mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas, lo que no se ha verificado en relación con las enfermedades crónicas degenerativas cuyos datos de mortalidad se mantuvieron elevados. En la última década, se registró un incremento de 15 % en el riesgo de mortalidad por enfermedades del corazón (Ministerio da Saúde, 2001b).

En Brasil, no hay una investigación nacional sobre estilo de vida y práctica de la Actividad Física, como la realizada por Mendoza en España. Las investigaciones en esta área son muchas, pero en todos los bancos de datos investigados y en las Universidades que ofrecen programas de postgrados en esta área, son pocos los trabajos que analizan los estilos

de vida de los escolares.. En el estado de Paraíba¹³ en Brasil ésta será la primera investigación sobre estilo de vida de los escolares.

Los trabajos desde una perspectiva más amplia, considerando otros aspectos del estilo de vida, como la alimentación, el consumo de tabaco, de alcohol, entre otros, son más escasos; la práctica de AF es casi siempre el único factor considerado del estilo de vida. Además todo el énfasis en investigaciones ha estado centrado en la educación fundamental, media y universitaria, existiendo muy pocas investigaciones sobre la educación profesional.

Guedes y cols. (2001) realizaron una investigación con el objetivo de analizar el nivel de práctica de la Actividad Física habitual en muestra representativa en adolescentes matriculados en las escuelas de la enseñanza media en la ciudad de Londrina, Paraná, Brasil. Los resultados mostraron a los chicos más activos que las chicas (54% para 35%); los chicos y chicas más jóvenes están menos tiempo en posición sentado y acostados; las chicas de clase socioeconómica baja, en todas las edades, demuestran dedicar más tiempo a lo largo del día a las actividades más intensas; y los chicos de clase económica alta realizan actividades más intensas.

Destacamos en Brasil las investigaciones realizadas por Pitanga (1998), que hace una asociación entre el nivel de práctica de Actividad Física y variables de aptitud física relacionadas con la salud; Ramos (1999), que enfoca el estilo de vida y las estrategias de cambios de comportamiento para la AF en mujeres de diferentes etnias en Santa Catarina; Salve (1999), que investiga los efectos de la Actividad Física sobre el sistema locomotor y en los hábitos de vida, en hombres adultos trabajadores del sector carpintería, en Campinas, São Paulo; Araújo (2001), que aborda la cuestión de la autopercepción de la aptitud física relacionada a la salud, en Universitarios de Rio de Janeiro; Pires (2001), que enfoca los hábitos de Actividad Física, patrones de comportamiento y estrés en adolescentes de Florianópolis y Oliveira (2001), estudia el perfil del estilo de vida de los profesores del área de salud de la Universidad Católica de Brasilia.

¹³ Se realizó una búsqueda en los bancos de datos del CNPQ (Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico), CAPS (Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior) y en las Universidades que ofrecen Master y Doctorado en EF y Salud Pública. En la región Nordeste de Brasil no se ofrece Doctorados en EF, y en todo Brasil hay dos doctorados en el área de la AF dentro de la perspectiva de la salud UNICAMP (Universidad de Campinas) y UFRJ (Universidad Federal de Rio de Janeiro).

Como percibimos, muchos estudios en Brasil se han realizado en instituciones, ciudades o estados, ya que en su mayoría son realizados por profesores de instituciones y no por centros de investigación que podrían abarcar un universo más amplio. Confirmando lo que fue dicho en el apartado anterior, las investigaciones en el área de la EF aunque utilizan el término estilo de vida, casi exclusivamente enfocan la práctica de AF, olvidando las temáticas del consumo de alcohol, tabaco, alimentación, etc.

La relación de la EF con la salud es un hecho, y la reestructuración actual en la relación entre estas dos ramas es imprescindible, debido a todos los factores evidentes de cambios por los que pasa la sociedad contemporánea. Los puntos positivos de esta relación, están muy aceptados actualmente en el contexto escolar, como se puede percibir en las leyes que orientan la Educación Física en Brasil y en muchos otros países, como es el caso de España.

Hoy día se está perdiendo la exclusividad del estudio de los temas de salud desde el ámbito médico – en cuanto a la curación y el tratamiento –, transformándose en una función multidisciplinar, donde prima la prevención y se evita en mayor medida los efectos secundarios que conllevan el abuso de medicamentos (Rodríguez, 1998).

Surgen hoy en día en muchos países del mundo, como en el caso de Rusia, nuevas propuestas de enseñar la salud en el ámbito educativo, como por ejemplo: la “Valeología”. Esta materia científica consiste en dotar al hombre de conocimientos sobre la formación, el mantenimiento y el fortalecimiento de la salud individual mediante la aplicación de la capacidad del individuo en adaptarse a los factores cambiantes del medio (Davidenko, 2000).

En este contexto, el presente trabajo pretende profundizar en las investigaciones relacionadas con la educación para la salud, aportando una mayor base teórica en las relaciones entre la EF y la salud. Esta nueva perspectiva multidisciplinar en la perspectiva de la salud, es una evidencia más de la necesidad de cambios en la enseñanza de la EF en el sistema escolar, principalmente en los niveles de enseñanza tan poco abordados en las investigaciones y en las propuestas del gobierno brasileño, como es el caso de la Enseñanza Técnica en Brasil.

Es necesario que la EF integre todas las etapas de enseñanza en la educación profesional, no debiendo la formación del técnico quedarse bajo una perspectiva limitada,

atendiendo solamente a formación específica de competencias técnicas. Acrecentar a su formación la atención a los aspectos biológicos y psicosociales, y la educación para la promoción de la salud, sería indispensable para el estudiante / trabajador en su vida profesional y cotidiana.

Brasil es un país con una población mayoritaria de jóvenes; los adultos jóvenes son además los que presentan mayores problemas, como: muerte violenta, accidentes de tráfico (muy relacionados con el consumo de alcohol) y un alto índice de comportamientos de riesgo para desarrollar enfermedades posteriormente.

Aunque es sabido que la infancia y la adolescencia son los períodos más importantes de la vida en cuanto a la adquisición de los comportamientos y hábitos de vida (D'Amours, 1988), se sabe que los jóvenes adultos presentan una vida mucho más sedentaria que los niños y adolescentes (Sánchez Bañuelos, 1996, Navarro, 1998, Mota y Sallis, 2002 y Tercedor y cols., 2003) y comienzan a presentar hábitos de vida mucho más insalubres, por ejemplo relacionados con el consumo de tabaco y alcohol (Navarro, 1998 y Casimiro, 1999).

Según Casimiro (2002), el joven después de la adolescencia, pasa 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 las actividades deportivas.

Este trabajo de tesis doctoral tiene la intención de estudiar las prácticas de Actividades Físicas y su relación con los estilos de vida sanos, las características de la práctica de la EF en la enseñanza media y las propuestas de cambio hacia la salud de los alumnos del CEFET-PB.

Teniendo en cuenta los estudios realizados y los datos que estos arrojan sobre los hábitos de vida de los jóvenes y adultos y su relación con la Educación Física, hemos elegido a los alumnos de la Enseñanza Técnica como población de estudio, ya que en sus currículos no se ofrece ninguna competencia relacionada con la EPS. Por otro lado consideramos también de gran interés en nuestros análisis las características sociales, económicas y laborales de estos alumnos ya que: son alumnos que ya tienen edad para estar trabajando, muchos son trabajadores o buscan trabajo, no ingresaron en la Universidad y forman parte de una franja socioeconómica medio-baja.

Aunque no haya estudios publicados que confirmen esta última información, se puede deducir a partir de las direcciones en las fichas de los alumnos de los cursos técnicos,

comparando con los alumnos de la enseñanza media y enseñanza tecnológica, además de los datos cualitativos recogidos de la investigación De Figueiredo (2000).

Quisiéramos concluir con la idea de Pierón (2003), cuando dice: *se puede apreciar claramente que en su vida cotidiana y en el cuadro escolar, el niño y el adolescente, y sobretudo en la adolescencia, no consiguen acumular una cantidad de AF efectuadas a un nivel apropiado de intensidad que respondan a los imperativos de eficacia en cuestión de salud.* Por lo tanto, el estilo de vida relacionado con la práctica de AF es un problema que debe ser cuestionado en el ámbito escolar en todos los niveles de enseñanza, y, aún más, en los adultos jóvenes que son más sedentarios que los niños, según algunos autores como Mendoza, (1986, 1990, 1995); Sánchez Bañuelos (1996) y Guedes y Guedes (2001), entre otros.

3 - OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Planteamos como objetivo general en esta tesis:

Conocer las prácticas de Actividades Físicas y su relación con los estilos de vida sanos, las características de la práctica de la EF en la enseñanza media y las propuestas de cambio hacia la salud de los alumnos del Centro Federal de Educación Tecnológica de Paraíba (CEFET-PB).

Como objetivos específicos planteados en nuestra investigación, sobre los hábitos físico-deportivos y el estilo de vida de los alumnos del CEFET-PB, establecemos:

- ▶ Identificar el perfil sociodemográfico de los alumnos del CEFET-PB;
- ▶ Describir las características de la práctica de Actividad Física en el tiempo libre, los intereses y las motivaciones de los alumnos del CEFET-PB hacia la misma;
- ▶ Conocer los tipos de actividades de ocio practicadas por los alumnos del CEFET-PB;
- ▶ Describir las características de las prácticas realizadas en la Educación Física / Deporte en la Enseñanza Media de los alumnos del CEFET-PB;
- ▶ Identificar el conocimiento teórico de los alumnos sobre los principios básicos de la aptitud física relacionado con la salud y su aplicación práctica;
- ▶ Conocer los hábitos de vida sanos que tienen los alumnos del CEFET-PB;
- ▶ Describir las propuestas de los alumnos en cuanto a las medidas de actuación para mejorar su salud;
- ▶ Analizar la relación de la práctica de AF con los riesgos y con la autopercepción de los estilos de vida.

4 - LAS PERSPECTIVAS CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DE INVESTIGACIÓN

Las técnicas cuantitativas son adecuadas para recoger hecho, comportamientos y todos aquellos datos que sean observables, es decir, información explícita con el objetivo fundamental de adquirir conocimiento. Las técnicas cualitativas son adecuadas para recoger opiniones, ideas, actitudes, motivaciones, valores y todo aquello que no se puede observar, es decir, información latente con el objetivo fundamental de diseñar estrategias de intervención (Peiró y Colomer, 2001).

Entre los diversos modos de aproximación al estudio de una realidad social, varios autores como Peiró (2001), Pérez Serrano (1998), Prieto (1997), Ruiz Olabuénaga (1996), Latiesa (1991), Beltrán (1990), entre otros, plantean el dilema entre las perspectivas de investigación cualitativa y cuantitativa y sus implicaciones metodológicas.

Los defensores de la perspectiva cualitativa denuncian el escaso valor explicativo de los tests de significación y de los modelos estadísticos de los investigadores cuantitativos, además de las supuestas definiciones alejadas de la realidad social adoptadas por ellos. A su vez, los defensores de la perspectiva cuantitativa denuncian la carencia de mecanismos internos que garanticen el nivel mínimo de fiabilidad y validez en la cualitativa y también hacen referencia a un tipo de análisis totalmente carente de rigor y control.

De hecho, las perspectivas cuantitativa y cualitativa de investigación discrepan entre sí teóricamente¹⁴. La diferencia entre ambas perspectivas estriba en que la cuantitativa adopta el paradigma positivista y se basa en análisis estadísticos de los datos recogidos, que son estructurados y sistematizados previamente. Los estudios y experimentos del paradigma positivista buscan una declaración explicativa y una medida del fenómeno, testando hipótesis de relaciones causales y su intensidad. En efecto, los resultados de la investigación son obtenidos a través de medidas y de identificación objetivas. Dentro de este paradigma, la objetividad y la búsqueda de la neutralidad son indispensables, así como la precisión y la replicabilidad del estudio (Simões, 2004).

Además, la perspectiva cualitativa, en lugar de explicar las relaciones causales por medio de hechos objetivos y análisis estadísticos, utiliza un proceso comprensivo de la

¹⁴ Según Ruiz Olabuénaga (1996), reducir la diferencia al afirmar que la cuantitativa utiliza números y la cualitativa utiliza palabras, es sólo una simplificación de la verdad. La visión del mundo que utiliza una u otra perspectiva, el plan de trabajo, los modos de recoger y analizar la información difieren en muchos aspectos. Ahora bien, la oposición entre ambas perspectivas es también una relación dialéctica, pues es posible la transformación de una en otra.

realidad a través del entendimiento y de la observación. Parte del presupuesto básico de que el mundo social es un mundo construido con símbolos y significados. Eso implica la búsqueda por conocer cómo se crea la estructura básica de la experiencia humana y su significado. Para los investigadores cualitativos, los modelos estadísticos de los cuantitativos, carecen de todo contenido y están al margen de cualquier problemática de las ciencias sociales. Este contraste entre las dos perspectivas, queda perfectamente descrito en la siguiente Tabla 2.1.

Tabla 2.1. Características cuantitativas y cualitativas de investigación

	CUANTITATIVO	CUALITATIVO
<i>PARADIGMA</i>	Positivista	Constructivista
<i>OBJETO</i>	Hechos Sociales	Significados
<i>LENGUAJE</i>	Números	Conceptos
<i>SUJETO</i>	Muestra	Caso
<i>DATOS</i>	Sondeo	Entrevista
	Experimento	Observación
<i>ANÁLISIS</i>	Recuento	Lectura
	Estadístico	Interpretativa
<i>REPORTAJE</i>	Descriptivo	Narrativo

FUENTE: Ruiz Olabuénaga (1996: 44). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Ahora bien, el investigador social proponiéndose investigar, dirige su primer objetivo hacia la explicación, comprensión y / o transformación de la realidad social. Y son las diferentes perspectivas, los planteamientos teóricos y metodológicos apropiados, sean ellos cualitativo / comprensión, cuantitativo / explicación o la articulación entre ambos, los que permitirán al investigador, alcanzar los objetivos trazados en la investigación.

Autores como Pérez Serrano (1998), Prieto (1997), Ruíz Olabuénaga (1996), Latiesa (1991), Beltrán (1990) entre otros, adoptan posturas más funcionales pragmáticamente y menos irreductibles teóricamente. Estos autores, consideran la validez de la investigación cualitativa como también de la investigación cuantitativa. No consideran la incompatibilidad entre ambos métodos, a demás de buscar la complementariedad entre ellos.

Así pues, refiriéndonos al análisis del estilo de vida de alumnos de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB, se pueden seguir las perspectivas cualitativa, cuantitativa y la complementariedad entre ambas. Como superación de la dicotomía entre cualitativa y cuantitativa, el modelo de análisis que hemos diseñado optó por la complementariedad de

ambas perspectivas, es decir, hemos optado por la utilización de la perspectiva cualitativa para reforzar la cuantitativa. Así que, hemos entendido que la utilización de las dos perspectivas ha sido la mejor manera de enfrentar la realidad actual de estas dos manifestaciones del estilo de vida en la escuela; además, ha ofrecido, por lo tanto, una mayor riqueza en las informaciones y una mejor interpretación de los datos, aumentando así la validez de los hallazgos de la investigación.

5 - DISEÑO

Un diseño de investigación es un plan que guía la recogida, análisis e interpretación de la información, datos u observación. Un diseño contempla ante todo el tipo de técnica de recogida de datos a utilizar en la investigación, los instrumentos y el planteamiento temporal de su aplicación y el análisis a efectuar (García Ferrando, 2000). Como trabajo previo a la elaboración del diseño de la investigación, se ha investigado teóricamente en los conceptos¹⁵ aplicados en el presente estudio; estos conceptos han sido la base para la elaboración de las variables¹⁶, dimensiones y los indicadores¹⁷ que han sido utilizados en la construcción de los instrumentos de la investigación.

Estudiaremos de forma descriptiva el universo compuesto por los alumnos de la Enseñanza Técnica de Paraíba, en un único momento, haciendo una recogida de datos, aunque en dos perspectivas – cualitativa y cuantitativa –. Serán observadas múltiples variables pertinentes a los sujetos y se utilizará la estadística multivariable para buscar correlación entre ellas y formular modelos de relaciones entre las mismas. En la perspectiva cualitativa las variables serán observadas a través del análisis de contenido. Por consiguiente, por sus características, el modelo más adecuado para esta investigación es el diseño no experimental seccional y descriptivo (Colás y Buendía, 1998).

Los métodos descriptivos tienen como principal objetivo describir sistemáticamente hechos y características de una población dada o área de interés de forma objetiva y comprobable. Van Dalen y Meyer (1981), afirman que este método resulta muy apropiado en determinados campos educativos y sociales, facilitando: recoger información factual

¹⁵ Los conceptos, según Cais (1997: 41) “son palabras que aprehenden los fenómenos sociales en toda su riqueza y complejidad, con sus relaciones e interconexiones, y sobre todo con sus contradicciones. El concepto no toma aspectos comunes y repetidos de la realidad, sino que se refiere a un mecanismo total de esa realidad, es decir, un proceso relativo a personas o grupos que se desarrolla en la realidad social”.

¹⁶ Las variables son las descomposiciones teóricas del concepto que, a partir de ellas, seleccionan las dimensiones o directamente los indicadores (Bardin, 1996:40).

¹⁷ Según Cea (2001) los indicadores constituyen propiedades esenciales manifiestas que, supuestamente, se hallan empíricamente relacionadas con una propiedad latente o no observable (dimensión).

detallada, identificar problemas, realizar comparaciones y evaluaciones y planificar futuros cambios y tomar decisiones.

6 - VARIABLES

De acuerdo con los objetivos establecidos anteriormente las variables para este estudio están relacionadas con:

- ▶ características sociodemográficas de los alumnos del CEFET-PB;
- ▶ las características de la práctica de Actividad Física en el tiempo libre;
- ▶ los intereses y motivaciones hacia la misma de los alumnos del CEFET-PB;
- ▶ las actividades de ocio practicadas en el tiempo libre;
- ▶ la Educación Física / Deporte en la enseñanza media;
- ▶ el conocimiento teórico sobre los principios básicos de la aptitud física hacia la salud y su aplicación práctica;
- ▶ los hábitos de vida sanos;
- ▶ la autopercepción del estilo de vida sano de los alumnos del CEFET-PB;
- ▶ la propuesta de cambios para mejorar la salud;
- ▶ la relación entre la práctica de AF con los riesgos y la autopercepción de los estilos de vida.

En toda investigación, se debe hacer una definición adecuada de las variables de estudio, ya que esto ayudará a la hora de crear los instrumentos que serán utilizados para recogerlas y facilitará la interpretación de los resultados para aquellas personas ajenas al proceso de investigación (Urosa, 2002).

Resulta necesario, una vez definidas las variables, descomponerlas de tal forma que puedan ser observadas en la realidad. Para esto es preciso operativizarla o hacerla operativa, especificando sus dimensiones e indicadores (Rojas y cols., 1998 y Sierra Bravo, 2001). A continuación serán muestradas las variables y sus dimensiones, que fueron consideradas para la confección de este cuestionario.

6.1 - Variables sociodemográficas

Las dimensiones de las variables sociodemográficas de este estudio se muestran en la Tabla 2.2.

Tabla 2.2. Dimensiones de la variable sociodemográfica

DIMENSIONES	
▶	Lugar de residencia
▶	Curso
▶	Horario de estudio
▶	Género
▶	Edad
▶	Estado civil
▶	Situación laboral
▶	Nivel económico de los alumnos
▶	Nivel de estudio de los alumnos

Fuente: Elaboración propia.

6.2 - Variable relacionada con las características, intereses y motivaciones hacia la práctica de Actividad Física en el tiempo libre, de los alumnos del CEFET-PB

Las dimensiones de la variable relacionada con las características, intereses y motivaciones hacia la práctica de Actividad Física en el tiempo libre, de los alumnos del CEFET-PB, se muestran en la Tabla 2.3.

Tabla 2.3. Dimensiones de la variable de prácticas de Actividad Física en el tiempo libre, los intereses y motivaciones de los alumnos del CEFET-PB

DIMENSIONES	
▶	Nivel de práctica de Actividad Física en el tiempo libre
▶	Tipos de Actividades Físicas practicadas
▶	Cuántas veces y horas por día practica Actividad Física y se controla la intensidad que practica
▶	Cómo son realizadas las prácticas de Actividades Físicas
▶	Con quién practican
▶	Motivos por los que practican Actividad Física
▶	Motivos del abandono de la práctica de Actividad Física
▶	Motivos por los que nunca ha practicado Actividad Física
▶	Perspectivas futuras hacia la práctica de Actividad Física

Fuente: Elaboración propia.

6.3 - Variable relacionada con las actividades de ocio practicadas en el tiempo libre

La dimensión de la variable relacionada con las actividades de ocio practicadas en el tiempo libre en este estudio se muestra en la Tabla 2.4.

Tabla 2.4. Dimensión de la variable de ocio practicada en el tiempo libre

DIMENSIÓN	
▶	Tipos de prácticas realizadas en el tiempo libre

Fuente: Elaboración propia.

6.4 - Variable relacionada con la Educación Física / Deporte durante la Enseñaza Media

Las dimensiones de la variable relacionada a la Educación Física / Deporte durante la enseñanza media en este estudio se muestran en la Tabla 2.5.

Tabla 2.5. Dimensiones de la variable de la Educación Física / Deporte que tuvieron en la Enseñanza Media

DIMENSIONES	
▶	Grupo al que pertenece
▶	Frecuencia de práctica
▶	Autopercepción de las clases de Educación Física / Deporte recibidas durante la Enseñanza Media
▶	Autopercepción de la influencia de la Educación Física / Deporte hacia el hábito de vida

Fuente: Elaboración propia.

6.5 - Variable relacionada con el conocimiento teórico sobre los principios básicos de la aptitud física hacia la salud y su aplicación práctica

Las dimensiones de la variable relacionada con el conocimiento teórico sobre los principios básicos de la aptitud física hacia la salud y su aplicación práctica en este estudio se muestran en la Tabla 2.6.

Tabla 2.6. Dimensiones de la variable relacionada con el conocimiento teórico sobre los principios básicos de la aptitud física hacia la salud y su aplicación práctica

DIMENSIONES	
▶	Aptitud física hacia la salud (fuerza- P.1; movilidad articular- P.4, P.16, P.18; fuerza y resistencia muscular- P.7; resistencia aeróbica- P.9, P.15; resistencia muscular- P.12; composición corporal- P.14; resistencia aeróbica y movilidad articular- P.20)
▶	Educación Física (las sesiones- P.2)
▶	Fisiológicas (Frecuencia cardiaca-P.3 y P.6)
▶	Ejercicios abdominales (forma de ejecución-P.5 y necesidades- P.17)
▶	Respiración (forma correcta- P.8)
▶	El sudor (significación en el ejercicio- P.10)
▶	Postura (columna vertebral- P.11)
▶	Intensidad de la AF (relación con la salud- P.13)
▶	Secuencia de AF (como debe inicial la práctica de AF- P.19)

Fuente: Elaboración propia

6.6 - Variable relacionada con los hábitos de vida sanos de los alumnos del CEFET-PB

Las dimensiones de la variable relacionada con los hábitos de vida sanos de los alumnos del CEFET-PB de este estudio se muestran en la Tabla 2.7.

Tabla 2.7. Dimensiones de la variable de los hábitos de vida sanos

DIMENSIONES	
<i>Tabaco:</i>	▶ Consumo
	▶ Números de años de consumo
	▶ Cantidad de cigarrillos que fuma al día
<i>Alcohol:</i>	▶ Consumo
	▶ Frecuencia
	▶ Números de años de consumo
	▶ Autopercepción de cuánto se bebe
	▶ Tipo de bebida que consume
	▶ Cantidad que bebe

Fuente: Elaboración propia.

6.7 - Variable relacionada con la autopercepción del estilo de vida sano de los alumnos del CEFET-PB

Las dimensiones de la variable relacionada con la autopercepción del estilo de vida sano de los alumnos del CEFET-PB se muestran en la Tabla 2.8.

Tabla 2.8. Dimensiones de la variable de la autopercepción del estilo de vida sano de los alumnos del CEFET-PB

DIMENSIONES
<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Autopercepción del estado de salud</i> ▶ Autopercepción de la condición física ▶ Autopercepción del sueño diario ▶ Autopercepción de la alimentación diaria ▶ Importancia de los hábitos de vida sano para la salud ▶ Autopercepción del estilo de vida sano y su influencia en el rendimiento y en el trabajo

Fuente: Elaboración propia.

6.8 - Variable relacionada con la propuesta de cambios para mejorar la salud

Las dimensiones de la variable relacionadas con la propuesta de cambios para mejorar la salud se muestran en la Tabla 2.9.

Tabla 2.9. Dimensiones de la variable relacionadas con la propuesta de cambios para mejorar la salud

DIMENSIONES
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Competencias importantes para la formación educacional del trabajador ▶ Propuestas de cambio en la perspectiva educacional ▶ Propuestas de cambio en el tiempo libre

Fuente: Elaboración propia.

6.9 - Variable de la relación de la práctica de AF con los riesgos y autopercepción de los estilos de vida

Las variable que relaciona la práctica de AF con los riesgos y autopercepción de los estilos de vida se muestran en la Tabla 2.10.

Tabla 2.10. Variables de la variable que relacionan la práctica de AF con los riesgos y autopercepción de los estilos de vida

VARIABLES
<p><i>Variables dependientes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Estilo de vida de riesgo -Autopercepción de los estilos de vida <p><i>Variables Independientes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grado de AF en el tiempo libre - Frecuencia de AF en el tiempo libre - Práctica de EF / deporte en la E. Media - Evaluación afectiva de la EF - Indicador de aciertos teóricos

Fuente: Elaboración propia

Para la construcción de las variables dependientes o resultados se consideraron dos aspectos del estilo de vida: el primero relacionado con el comportamiento (estilo de vida de riesgo) y el segundo con la actitud (autopercepción de los estilos de vida).

Para las variables independientes o predictoras fueron consideradas variaciones de la práctica de AF en el tiempo libre y en la EF de la enseñanza media, estos son: grado de AF en el tiempo libre, frecuencia de AF en el tiempo libre, práctica de EF / deporte en la enseñanza media, evaluación afectiva de la EF e indicador de aciertos teóricos.

1. Variable dependiente o criterio

► Para el primer indicador construido de estilo de vida de riesgo se consideró el consumo de tabaco y de alcohol.

La primera cuestión se construyó a partir de la cantidad de cigarrillo que fuma (P.30), utilizando la siguiente puntuación: 999 (no se aplica) - cero punto; 1 a 5 cigarrillos / día - un punto; media cajetilla diaria - dos puntos; 1 cajetilla diaria - tres puntos y más de una cajetilla diaria - cuatro puntos. La segunda cuestión considerada fue la de la frecuencia que bebe (P. 32), utilizando la siguiente puntuación: 999 (no se aplica) y dejó de beber- cero punto; ocasiones especiales - un punto; final de semana - dos puntos y habitualmente- tres puntos.

Estas dos variables reajustadas fueron sumadas una con la otra, de modo que la variable estilo de vida de riesgo tuvo como indicador la media del consumo de cigarrillo y la frecuencia que bebe alcohol.

► El segundo indicador construido fue considerado a partir de la autopercepción de los estilos de vida. Se reajustaron varias preguntas del cuestionario: autopercepción del sueño, alimentación, salud y condición física (P. 37 a P.40). Utilizando los mismos criterios de puntuación para las cuatro preguntas: mucho malo - un punto; malo - dos puntos; regular- tres puntos; bueno - cuatro puntos y muy bueno - cinco puntos.

Estas cuatro variables reajustadas fueron sumadas y el resultado dividido por cuatro, de modo que la variable autopercepción del estilo de vida tuvo como indicador la media de la autopercepción del sueño, alimentación, salud y condición física.

Variables independientes o predictoras

► *Grado de AF en el tiempo libre*

La variable fue construida a partir de las actividades realizadas por los alumnos en el tiempo libre (P.7), considerando las actividades moderadas (salir de excursión y / o pasear; trabajar como voluntario; viajar y / o hacer turismo; hacer trabajos manuales, jardinaje, etc. y hacer compras) y activas (bailar y hacer AF / deporte), siendo desconsideradas las actividades pasivas. Fue utilizada la siguiente puntuación: para las respuestas afirmativas (sí) - un punto y para las negativas (no) - cero puntos.

Esta variable reajustada fue sumada y el resultado dividido por 7, de modo que la variable construida del grado de AF en el tiempo libre tuvo como indicador la media de las siete actividades moderadas y activas.

► *Frecuencia de AF en el tiempo libre*

La variable fue construida a partir de la pregunta frecuencia de práctica de AF hasta sudar (P.12), que tiene 24 opciones de respuestas, siendo posible considerar dos preguntas, una para la frecuencia semanal (cuantas veces por semana) y otra para el tiempo (minutos / horas) de práctica de actividad semanal.

Fue utilizada para la frecuencia semanal de práctica la siguiente puntuación: 999 y una vez o menos al mes - cero punto; una vez por semana - un punto; dos a tres veces por semana - dos puntos; de cuatro a seis veces por semana - tres y todos los días - cuatro puntos.

Para el tiempo (minutos / horas) de práctica semanal fue considerado la siguiente puntuación: 999 y más o menos 15 min. - cero punto; más o menos 30 min. - un punto; más o menos una hora - dos puntos y más o menos dos horas - tres puntos.

Estas dos variables reajustadas fueron multiplicadas una por la otra, obteniendo el indicador frecuencia de AF en el tiempo libre.

► *Práctica de EF / deporte en la Enseñanza Media*

Para la construcción de este indicador, fue considerado el grupo de práctica de Educación Física - EF (P.24) y la frecuencia de práctica de EF en la Enseñanza Media - EM (P.25).

La variable fue construida a partir de dos preguntas. La primera a partir del grupo de práctica de EF utilizando la siguiente puntuación: dispensado - cero punto; AF fuera de la escuela - un punto; deporte en la escuela y EF en la escuela - dos puntos. La segunda pregunta considerada fue la frecuencia de práctica de EF en la EM utilizándose la siguiente puntuación: 999, NS / NC y una vez por semana - cero punto; una a dos x semana - un punto y tres a cuatro x semana - dos puntos.

Estas dos variables reajustadas fueron sumadas y el resultado dividido por dos, de modo que la variable práctica de EF / deporte en la EM tuvo como indicador la media del grupo de práctica de EF con la frecuencia de práctica de EF en la EM.

► *Evaluación afectiva de la EF*

Para la construcción de esta variable fue considerada la autopercepción de la EF en la EM (P. 26) y la influencia de la EF en el estilo de vida (P. 27).

La cuestión considerada en el cuestionario fue transformada en puntuaciones. Para la autopercepción de la EF en la EM fue utilizado la siguiente puntuación: 999, no me gustó nada y no me gustó - cero puntos, indiferente - un punto; me gustó - dos puntos y me gustó mucho - tres puntos.

Para la variable influencia de la EF en el estilo de vida fue utilizada la siguiente puntuación: 999, nada y muy poca - cero puntos; poca - un punto; bastante - dos puntos y mucho - tres puntos.

Estas dos variables reajustadas fueron sumadas y el resultado dividido por dos, de modo que la variable evaluación afectiva de la EF tuvo como indicador la media de la autopercepción de la EF en la EM con la influencia de la EF en el estilo de vida.

► *Indicador de aciertos teóricos.*

Para construcción de esta variable fueron consideradas las 20 preguntas sobre el conocimiento teórico de la AF hacia la salud (P.46).

La cuestión considerada en el cuestionario fue transformada en puntuaciones. Fue utilizada la puntuación de un punto para las respuestas correctas y cero para las respuestas erradas; a continuación fue realizada la suma para saber el número de aciertos por sujetos. De

este modo el indicador de aciertos teóricos resultó de la media de los números de aciertos en las preguntas teóricas.

7 - UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de estudio son los alumnos de la Enseñanza Técnica del CEFET de Paraíba en Brasil, que presentan una media de edad de 23 años. El CEFET-PB presentaba en el año 2003¹⁸ – año de la recogida de los datos – 1442 alumnos en la Enseñanza Técnica. Por lo que estamos trabajando con un universo finito, N que es igual o inferior a 50.000 unidades.

El universo de estudio se distribuye entre:

- ▶ CEFET-Joao Pessoa que tiene un total de 1116 alumnos. Éste ofrece seis cursos técnicos, en los tres turnos, mañana, tarde y noche, que son: Edificación, Mecánica, Informática, Electrotécnica, Electrónica y Recursos Naturales.
- ▶ UNED-Cajazeiras (Unidad Descentralizada de Enseñanza de Cajazeiras), que tiene un total de 287 alumnos. Ofrece tres cursos técnicos, realizándose dos por la mañana, Edificación, Instalación y mantenimiento en electromecánica, además de Informática por la noche.

El total de sujetos por cursos técnico del CEFET de João Pessoa y de la UNED-Cajazeiras, los presentamos a continuación en las Tabla 2.11 y la Tabla 2.12.

Tabla 2.11. Distribución de los sujetos de João Pessoa

Cursos	Cantidad de alumnos	Turnos de clases
Edificación	369	Mañana/Tarde y Noche
Mecánica	128	Mañana/Tarde y Noche
Informática	116	Mañana/Tarde y Noche
Electrotécnica	200	Mañana/Tarde y Noche
Electrónica	174	Mañana/Tarde y Noche
Recursos Naturales	129	Mañana/Tarde y Noche
TOTAL	1116	Mañana/Tarde y Noche

Fuente: Elaboración propia.

¹⁸ El CEFET-PB presenta mucha variación de cantidad de alumnos por semestre, ya que los cursos técnicos son flexibles y son eliminados o añadidos de acuerdo con estudios de mercado. Por lo tanto fue considerado este total de alumnos de 1442 y con media de edad de 23 años, según datos de la gerencia de la Enseñanza Técnica en el segundo semestre de 2003 (fecha de la recogida de los datos).

Tabla 2.12. Distribución de los sujetos de Cajazeiras

Cursos	<i>Cantidad de alumnos</i>	Turnos de clases
Edificación	93	Mañana
Técnico en Instalación y Manutención Electromecánica	112	Mañana
Informática	82	Noche
TOTAL	287	Mañana y Noche

Fuente: Elaboración propia.

Una vez conocido el universo de estudio pasamos a determinar la muestra o parte representativa de este universo. Así, del universo de población que conforman los alumnos de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB pertenecientes al curso escolar de 2003, encuadrado en la sede de João Pessoa y la UNED de Cajazeiras, la muestra sacada de una población finita igual a 1442 sujetos, con un margen de error del 4% y un margen de confianza del 95.5%, es de 441 sujetos (Tabla de Arkin y Colten citada por Moya y colaboradores, 1998).

El tipo de muestreo elegido fue el probabilístico estratificado y por conglomerados con fijación proporcional¹⁹. En concreto por estrato de población y por conglomerado de grupo técnico²⁰. De forma específica:

- Estrato de ciudad: dos estratos, la sede del CEFET de João Pessoa y la Uned- Cajazeiras.
 - ▶ Al CEFET de João Pessoa le corresponde una muestra de 340 sujetos;
 - ▶ Al estrato de la UNED Cajazeiras le corresponde una muestra de 101 sujetos.
- El conglomerado por curso técnico: La muestra en cada curso y en cada ciudad se especifica en la Tabla 2.13 y 2.14.

Tabla 2.13. Distribución muestra y sujetos por cursos en João Pessoa

Cursos	<i>Cantidad de alumnos</i>	Turnos de clases	Muestra
Edificación	369	Mañana/Tarde y Noche	112
Mecánica	128	Mañana/Tarde y Noche	39

¹⁹ En la fijación proporcional la distribución de la muestra se hace “proporcionalmente” al peso relativo del estrato en el conjunto de la población. Por lo que, a los estratos que reúnan un mayor número de unidades de población les corresponderá un tamaño muestral superior al de aquellos que representen un porcentaje inferior en la población (Cea y D’ Ancona, 1998).

²⁰ Sobre el tema (muestreo estratifica y por conglomerado) remitimos al lector a lectura de (Cea, 1998; Rodríguez, 2000; Sierra Bravo, 2001, etc.).

Tabla 2.13. Distribución muestra y sujetos por cursos en João Pessoa (continuación)

Cursos	<i>Cantidad de alumnos</i>	Turnos de clases	Muestra
Informática	116	Mañana/Tarde y Noche	35
Electrotécnica	200	Mañana/Tarde y Noche	60
Electrónica	174	Mañana/Tarde y Noche	54
Recursos Naturales	129	Mañana/Tarde y Noche	40
TOTAL	1116	Mañana/Tarde y Noche	340

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2.14. Distribución de muestra y sujetos por cursos en Cajazeiras

Cursos	<i>Cantidad de alumnos</i>	Turnos de clases	Muestra
Edificación Técnico en Instalación y Mantenimiento	93	Mañana	33
Electromecánica	112	Mañana	39
Informática	82	Noche	30
TOTAL	287	Mañana y Noche	101

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente para la selección de los sujetos, en la última fase se realizó el muestreo por cuotas asignando al encuestador un número de cuestionarios a realizar por cada estrato y conglomerado y dejando al azar la elección concreta de las unidades de la población (alumnos) a participar de la encuesta.

8 - DISEÑO TEMPORIZADO

La investigación se desarrolló entre el mes de agosto de 2002 y marzo de 2005, llevándose a cabo en las fases que se enseñan a continuación en la Tabla 2.15 y comentamos posteriormente.

Tabla 2.15. Diseño temporizado

1.Preparación general	1. Elaboración de la primera versión del cuestionario 2. Informe de visto bueno en el CEFET-PB. 3. Reuniones con Directores, Gerentes, Coordinadores y Profesores de EF.	1. Agosto a noviembre de 2002 2. Noviembre de 2002 y noviembre de 2003 3. Diciembre de 2002
2.Preparación específica	1. Seminario de formación de los colaboradores 2. Estudio piloto. 3. Reestructuración del cuestionario final	1. Diciembre de 2002 (pilotaje) y noviembre de 2003 (reorientación a los sujetos colaboradores vía Internet) 2. Enero de 2003 3. Abril a agosto de 2003
3.Trabajo de campo	1. Toma de datos - Grupo de discusión - Aplicación del cuestionarios final 2.-Trascripción de la reunión del grupo de discusión -Grabación en soporte informático 3. Depuración de los datos	1. Noviembre de 2003 (Grupo de discusión) - Diciembre de 2003 y enero de 2004 (aplicación del cuestionario final en las dos ciudades) 2.-Febrero/marzo de 2004 (transcripción del grupo de discusión) -Abril y mayo de 2004 (soporte informático) 3. Junio de 2004
4.Análisis de los datos	1. Estadística descriptiva, inferencial y correlacional 2. Análisis de contenido	1. Septiembre y octubre de 2004 2. Noviembre de 2004
5.Elaboración del documento	1. Resultados; conclusiones; discusión; fundamentación teórica específica; expectativa futura de investigación; etc.	De diciembre de 2004 a marzo de 2005

Fuente: Elaboración propia.

8.1 - Planificación y elaboración del diseño de la investigación

La técnica utilizada en la recogida de datos, ha sido la encuesta²¹. Los instrumentos utilizados en la aproximación empírica hacia la realidad de los alumnos, han sido el cuestionario autoadministrado y el grupo de discusión. Hemos iniciado la construcción del

²¹ Usamos la definición de encuesta como la denominación al procedimiento, con sus diversas fases, que nos llevan a la construcción del cuestionario (Visauta, 1989).

cuestionario a partir de la revisión de los conceptos. Esta revisión, ha permitido elaborar las variables, las dimensiones y los indicadores, los cuales han sido posteriormente relacionados con los objetivos de la investigación. La conexión entre los conceptos, los objetivos, variables, dimensiones e indicadores han sido imprescindibles para asegurar la comparación y fiabilidad de la encuesta. El guión del grupo de discusión se basó en el cuestionario. Como veremos posteriormente en los apartados que siguen.

La encuesta en grupo que utiliza un cuestionario autoadministrado, es la que se conoce con el nombre de household drop-off. Se reúne un grupo de sujetos en un lugar determinado y se les solicita que conteste a un cuestionario. Esa manera de aplicación intenta combinar las ventajas de las entrevistas por correo y las que se realizan cara a cara con la ayuda de un entrevistador (Arias y col., 1998).

8.2 - La elaboración del cuestionario

En el inicio del proceso de construcción del cuestionario ha sido elaborado un guión, en base a los conceptos anteriormente trabajados sobre el tema y estudios empíricos, con cuestionarios de investigaciones realizadas por García Ferrando (1993, 2001), Mendoza (1994), Navarro (1998), Tercedor (1998), Rebollo (1998), Barros (1999), Casimiro (1999), Nahas (2001), entre otros. Este marco nos ha permitido, una primera aproximación a las dimensiones y los indicadores del presente estudio, para finalizar con la primera redacción de las preguntas cerradas / abiertas y la categorización de las preguntas cerradas.

El cuestionario utilizado es semi-estructurado y ha sido diseñado *ad hoc* para la presente investigación. Es el producto de una serie de fases en las que, a partir de una primera aproximación, el mismo ha sido sometido a sucesivas contrastaciones empíricas. Con las consiguientes correcciones y ajustes, hemos dado con el modelo final.

Con la elaboración del cuestionario de este trabajo se pretende conocer lo que hacen, opinan o piensan los encuestados, alumnos de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB, mediante preguntas realizadas por escrito y que deberán ser respondidas con la presencia de un encuestador por aula.

La primera parte del cuestionario ha sido elaborada por la investigadora con el apoyo y adaptación de la profesora Doctora Socorro Rebollo Rico de la Facultad de Ciencia de la Actividad Física y Deporte, de la Universidad de Granada, experta en el área de metodología.

En un segundo momento el cuestionario ha sido evaluado por el profesor Doctor Pablo Tercedor Sánchez, de la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte de la Universidad de Granada, experto en el área de la AF y salud en la escuela, y finalmente por el profesor Doctor Dartagnan Pinto Guedes, de la Universidad Estadual de Londrina, Brasil, experto en el área de la Actividad Física y salud. El cuestionario ha sufrido modificaciones a partir de las varias aplicaciones preliminares y tras el estudio piloto se ha obtenido la versión definitiva.

Tipos de preguntas del cuestionario

Para la elaboración de las preguntas se tuvo en consideración el objetivo de la investigación y las variables que eran relevantes en este estudio. Las preguntas tienen un lenguaje sencillo para adaptarse correctamente a la capacidad comprensiva de los encuestados y ajustándose a las características que deben regir la elaboración de los cuestionarios para obtener una información clara y directa que facilite y simplifique el tratamiento estadístico de las repuestas obtenidas.

Con relación a la naturaleza del contenido, se utilizaron preguntas de información que permitiesen conocer las intenciones o propósitos de los encuestados; preguntas de actitudes, se referidas al comportamiento de los encuestados; preguntas de contenido, que versan sobre hechos o realidades concretas y objetivas; preguntas de opinión, que intentan conocer las ideas que subyacen en los encuestados sobre temas diversos; preguntas de identificación, se referidas en nuestro cuestionario a preguntas sociodemográficas (Sierra Bravo, 2001).

Según la función de la pregunta en el cuestionario, se utilizaron, entre otras: preguntas filtro²² – se intenta eliminar a los sujetos que no podrían responder a la siguiente pregunta –; y preguntas de control²³ – tiene por finalidad asegurarse del interés y buena fe del encuestado y de la veracidad y fiabilidad de sus respuestas al cuestionario –. Los tipos de preguntas que aparecen en el cuestionario se dividen en preguntas cerradas y semicerradas – pre y post-codificadas –. La disposición y orden de las mismas, responden a los itinerarios marcados en el cuestionario que son:

²² Las preguntas filtro en el cuestionario de este trabajo son: P. 8, P.24, P.28, P.31, P.32.

²³ La pregunta control es: P. 36 (fue entendida como necesaria en este trabajo, ya que la P.33 que también hace referencia a cantidad de bebida, tiene relación con la autopercepción del encuestado y la P. 36 estar relacionada con la cantidad de vasos que bebe). Así muchas veces el encuestado tiene una autopercepción que bebe poco, pero cuando pone la cantidad en vasos, éstas es considerada alta.

Tabla 2.16. Tipos de preguntas e indicadores del cuestionario

TIPOS DE PREGUNTAS	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERATIVA
Preguntas de Identificación:	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Lugar de residencia habitual</i> - <i>Turno</i> - <i>Sexo</i> - <i>Área del curso técnico</i> - <i>Edad</i> - <i>Estado civil</i> - <i>Situación laboral que se encuentra</i> - <i>Ingresos mensuales del hogar</i> - <i>Nivel de estudios</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción - Introducción - Introducción - P.1 - P.2 - P.3 - P.4 - P.5 - P.6
Preguntas de actitudes:	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Motivos por los cuales practica AF</i> - <i>Motivos de por los cuales ha abandonado la practica de AF</i> - <i>Motivos de por los cuales nunca ha hecho AF</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - P.9 - P.16 - P.22
Preguntas de Información:	<ul style="list-style-type: none"> - <i>En qué suele emplear su tiempo libre</i> - <i>En qué grupo se encuentra en cuanto a la practica de AF</i> - <i>AF/deporte que le gusta o gustaba practicar</i> - <i>Con quién hace o hacía AF</i> - <i>Cuántas veces y horas por día suele/solía hacer AF</i> - <i>Cómo hace o hacia AF</i> - <i>Grupo de EF en la E. Media</i> - <i>Frecuencia de practica de ED en la E. Media</i> - <i>Grupo de consumo de cigarrillo</i> - <i>Tiempo que fuma</i> - <i>Cantidad de cigarrillo</i> - <i>Consumo de bebida alcohólica</i> - <i>Frecuencia de consumo de bebida alcohólica</i> - <i>Cantidad de consumo de bebida alcohólica</i> - <i>Tiempo que consume bebida alcohólica</i> - <i>Tipos de bebida que consume</i> - <i>Cantidad de alcohol que suele ingerir</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - P.7 - P.8 - P.10 y 17 - P.11 y 18 - P. 12 y 19 - P.13 y 18 - P.24 - P.25 - P. 28 - P. 29 - P. 30 - P. 31 - P. 32 - P. 33 - P. 34 - P. 35 - P. 36
Preguntas de Contenido:	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Evaluación del nivel de conocimiento de los encuestados</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - P. 46

Tabla 2.16. Tipos de preguntas e indicadores del cuestionario (continuación)

TIPOS DE PREGUNTAS	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERATIVA
Preguntas de opinión:	- <i>Opinión sobre las perspectivas futura en relación con la Práctica de AF</i>	- P.23
	- <i>Opinión sobre las clases de EF en la E. media y su influencia en los hábitos de vida actual</i>	- P.26 y 27
	- <i>Autopercepción del sueño diario</i>	- P. 37
	- <i>Autopercepción de la alimentación diaria</i>	- P. 38
	- <i>Autopercepción del actual estado de salud</i>	- P. 39
	- <i>Autopercepción de la condición física</i>	- P. 40
	- <i>Opinión sobre 3 principales opciones para tener salud</i>	- P. 41
	- <i>Opinión sobre 3 principales opciones para mejorar el desempeño en el trabajo</i>	- P. 42
	- <i>Opinión sobre 3 principales opciones de área de conocimiento para la formación profesional</i>	- P.43
	- <i>Opinión sobre 3 principales opciones de medidas educativas que contribuye para un estilo de vida saludable</i>	- P.44
	- <i>Opinión sobre las opciones de ocio en su ciudad</i>	-P. 45

Fuente: Elaboración propia.

8.3 - Curso de formación de colaboradores

Para llevar a cabo este trabajo de investigación, es necesaria la colaboración de sujetos cualificados para la aplicación de los cuestionarios en las aulas.

Para ello se organizó un curso con profesores de Educación Física del CEFET-PB. Los objetivos del curso fueron:

- ▶ Conocer nociones generales sobre la investigación;
- ▶ Hacer un estudio detallado del cuestionario que posteriormente sería aplicado;
- ▶ Hacer un estudio detallado de la cantidad de aulas por curso, por turno y por módulo de estudio (puede variar de 1 a 4 módulos para cada curso técnico);
- ▶ Explicar la metodología de la aplicación del cuestionario;
- ▶ Organizar la aplicación del cuestionario: fechas, horario, grupos, cantidades de cuestionario para cada sujeto;
- ▶ Estudiar las posibilidades de dudas y procedimiento;
- ▶ Entrenar con pruebas prácticas de aplicación.

Los encuestadores tuvieron la orientación para comparecer en las aulas para la aplicación del cuestionario con una ropa ligera, pero no característica del profesor de Educación Física. La intención fue que la presencia del encuestador no estuviera asociada a la Educación Física.

El curso tuvo una duración de 18 horas, en diciembre de 2002, siendo en bloques de 3 horas de trabajo. Los primeros dos bloques fueron teóricos con explicación sobre la investigación y estudio del cuestionario. Los cinco bloques siguientes fueron específicos del cuestionario con los debidos procedimientos de aplicación y división de trabajos.

En la aplicación del cuestionario final (anexo 7), en diciembre de 2003, los sujetos colaboradores tuvieron una reorientación²⁴ a través de dos coordinadores, uno en la ciudad de João Pessoa y otro en la UNED-Cajazeiras.

8.4 - Pilotaje del cuestionario

La prueba piloto consistió en un ensayo, a escala reducida (por ello, menos costosa en tiempo y medios), de la encuesta a aplicar. Además de ensayar el cuestionario en situación real, se ponen a prueba otros aspectos de esta técnica de obtención de información (Gaitán y Piñuel: 154-55).

De forma resumida las principales funciones del estudio piloto realizado para validar el cuestionario utilizado en este trabajo fueron (Rojas y cols., 1998):

- ▶ Analizar la variabilidad de las respuestas;
- ▶ Estimación de la tasa de respuestas y de no-respuesta;
- ▶ Probar la eficiencia de las instrucciones dadas a los entrevistadores y de la organización del trabajo de campo;
- ▶ Verificación de la idoneidad y la técnica de obtención de datos y del cuestionario.

Con relación a la validez de la medición, Cea (2001: 150) afirman: *“Antes de fiables, los indicadores han de ser válidos. Es decir, han de proporcionar una representación adecuada del concepto teórico que mide. Ello es independiente de si reúne o no condiciones de fiabilidad”*.

²⁴ El curso fue suministrado para aplicación del estudio piloto, toda la reorientación pasada a los coordinadores de la aplicación final, fue por Internet.

La validez hace referencia a la relación que ha de existir entre el concepto teórico y el indicador empírico. Concretamente, el investigador ha de comprobar si los indicadores elegidos realmente “indican” lo que se pretende que indiquen; si “miden” correctamente el significado dado al concepto teórico en consideración. Como veremos a continuación.

Procedimiento y aplicación del estudio piloto

Inicialmente fue solicitado permiso al Director General de CEFET-PB, además de los dos directores de la sede de Joao Pessoa y de la UNED- Cajazeiras. Los gestores y profesores de la Enseñanza Técnicas, han sido debidamente informados sobre las conductas de aplicación de los cuestionarios.

En un segundo lugar, se recopilaron en las Coordinaciones de los cursos técnicos los datos de todos los alumnos de la Enseñanza Técnica Federal de Paraíba, que estaban inscritos y asistiendo con regularidad a las clases, en el semestre de la investigación, en los dos Centros de estudios de la Enseñanza Técnica Federal de Paraíba, uno en la ciudad de Joao Pessoa y otro en la ciudad de Cajazeiras.

En un tercer lugar, fueron realizadas reuniones con la Coordinación de Educación Física en las dos ciudades con el objeto de solicitar colaboradores voluntarios y además prepararlos para la recopilación de los datos. En la Tabla 2.17, se muestran la cantidad de cuestionarios aplicados por ciudad, curso y turno.

Tabla 2.17. Cantidad de cuestionarios pilotos aplicados por ciudad, curso y turno

Cursos	<i>Mañana</i>	<i>Tarde</i>	<i>Noche</i>	Cuestionario João Pessoa	<i>Mañana</i>	<i>Noche</i>	Cuestionario Cajazeiras
Electrónica	Módulo 2 y 4		Módulo 3 y 4	10			
Electrotécnica	Módulo 1 y 2	Módulo 1		10			
Edificación	Módulo 1 e 2			10			2
Informática	Módulo 2 e 3		Módulo 2 y 3			Módulo 2 y 3	3
Recursos naturales		Modulo 2	Módulo 1 y 2	10			

Tabla 2.17. Cantidad de cuestionarios pilotos aplicados por ciudad, curso y turno (continuación)

Instalación y manutención electromecánica		Módulo 1 y 2	5
Mecánica	Módulo 1 e 2	Módulo 1	10
Total de cuestionario			10

Fuente: Elaboración propia.

La investigadora final acompañó el proceso en la recopilación de datos, a través de las hojas de control, contactos por teléfono o personalmente en los dos Centros de Enseñanza.

Las fases llevadas a cabo para la validación de los cuestionarios fueron las siguientes:

- ▶ Selección de una pequeña muestra. Se han aplicado sesenta cuestionarios auto administrado, cincuenta en Joao Pessoa y diez en Cajazeiras, aprovechándose cuarenta y tres en Joao Pessoa y siete de Cajazeiras. Hemos tenido en consideración la cantidad de alumnos de cada sede, Joao Pessoa cuenta con 1116 alumnos y Cajazeiras con 287 alumnos. Al mismo tiempo, hemos diferenciado en cada centro: el número de chicos y chicas, los cursos, módulos y turnos en los que se encontraban en el momento de realizar el estudio.
- ▶ Adaptación del cuestionario piloto (ver anexo 4) - En la primera aplicación a 7 alumnos, en la ciudad de Joao Pessoa, percibieron problemas en 5 preguntas del cuestionario (P. 8; P. 9, relacionada con la profesión, fue sacado del cuestionario final; P.18, frecuencia de práctica de AF, también sacada del cuestionario final; P.34 y 35 relacionada con el consumo de alcohol, modificado en el cuestionario final); este problema era de interpretación por parte de los alumnos. A partir de la segunda aplicación, los problemas fueron solucionados con explicaciones orales antes de la aplicación del cuestionario. Las aplicaciones seguirían con normalidad después de la adaptación realizada.
- ▶ Aplicación de los cuestionarios. En las dos escuelas el procedimiento de aplicación del cuestionario piloto fue el mismo, el colaborador llamaba entre dos y cuatro alumnos en el aula para contestar el cuestionario en un sitio reservado para la aplicación del mismo. La aplicación ha sido realizada dos veces por la mañana, una vez por la tarde y dos veces por la noche. La intención era que se contemplaran a los alumnos de todos los módulos, cursos y turnos. El tiempo medio de la aplicación del

cuestionario osciló entre quince minutos para el más rápido y cuarenta cinco minutos el más lento.

- ▶ Codificación y almacenamiento de los datos. Se ha utilizado el programa SPSS, versión 11.0, en las dos fases: introducción y codificación de los datos. Se tuvo en cuenta el procedimiento de filtrar los errores en el programa EXCEL.
- ▶ El análisis de los datos y obtención del resultado se realizó con dicho programa estadístico.

La validación del cuestionario fue defendida y aprobada por esta investigadora en su trabajo de suficiencia investigadora en julio de 2003 en la Universidad de Granada. Después de los ajustes necesarios al cuestionario piloto, se procedió a la estimación de la fiabilidad como veremos a continuación.

Fiabilidad del cuestionario

La fiabilidad es una propiedad específica de las técnicas de medición. Concretamente la fiabilidad se asocia a aquellas técnicas que ofrecen la virtualidad de la precisión, es decir, de las que siendo aplicadas en repetidas ocasiones sobre el mismo fenómeno, producen resultados equivalentes (Gaitán y Piñuel, 2001).

Procedimiento y aplicación del test y del retest:

- ▶ Se han realizado los análisis y elaboración del informe del pretest, y recomendaciones de ajuste del diseño, ya que la falta de comprensión por parte del alumno puede desencadenar en una respuesta diferente a la pretendida inicialmente.
- ▶ El test ha sido aplicado en un aula de la UNED-Cajazeiras, a primera hora de la mañana y el retest ha sido aplicado 15 días después en la misma aula y hora, sin que los alumnos tuvieran conocimiento de ello. Se ha pedido a los alumnos que volviesen a repetir el mismo código secreto del test. El objetivo de repetir el mismo cuestionario es conocer la fiabilidad las preguntas y comprobar si existe una alta correlación entre las respuestas de ambos.

La fiabilidad del cuestionario se obtuvo con una muestra de 30 alumnos de la Enseñanza Técnica de la UNED-Cajazeiras. Ha sido utilizada la tipología de la estabilidad (aplicación de la misma técnica a los sujetos en dos ocasiones) como la técnica de medición del test-retest y en la operacionalización se ha aplicado el coeficiente de correlación de

Pearson (Latorre y Sans, 1995, p.52-72 citado por Gaitán y col., 1998). La operacionalización fue aplicada para todas las preguntas cerradas, siendo desconsideradas por lo tanto las preguntas abiertas.

El menor coeficiente r obtenido para el cuestionario aplicado fue de 0,70, lo que muestra una alta correlación entre el test y el retest (Tercedor, 1998 y Casimiro, 1999), confirmando que el cuestionario era fiable. Las preguntas con el r más bajo fueron aquellas que eran más subjetivas y consecuentemente presentaban un grado de cambio en el retest, como el caso de la pregunta 7 y de las preguntas 37 a 44 (véase cuestionario- anexo 7). Para la estadística del test retest, los valores de r para cada pregunta, muestran en la Tabla 2.18.

Para la elaboración del cuestionario final también se consideraron las sugerencias de los entrevistadores, así como las observaciones finales que los alumnos efectuaron han en el momento de la aplicación del cuestionario en el test y en el retest.

Tabla 2.18 - Coeficiente de Pearson por pregunta

Preguntas	R (coeficiente de Pearson)
sexo	1
turno	1
P.1- curso	1
P.2 -edad	1
P.3 - estado civil	1
P.4	0,97
P.5	1
P.6	1
P.7.1	1
P.7.2	0,78
P.7.3	0,72
P.7.4	0,70
P.7.5	1
P.7.6	1
P.7.7	0,85
P.7.8	0,81
P.7.9	0,73
P.8	1
P.9.1	1
P.9.2	1
P.9.3	1
P.9.4	1
P.9.5	1
P.9.6	1
P.11	1
P.12	1
P.13.1	1
P.13.2	1
P.13.3	1
P.13.4	1
P.14.1	1
P.14.2	1
P.14.3	1
P.14.4	1
P.14.5	1
P.16.1	1
P.16.2	1
P.18	1
P.19	1
P.20.1	1
P.20.2	1
P.20.3	1
P.20.4	1
P.21.1	1
P.21.2	1
P.21.3	1
P.21.4	1
P.21.5	1
P.22.1	1
P.22.2	1
P.24	0,94
P.25	0,93
P.26	0,93
P.27	1
P.28	1
P.29	1
P.30	1
P.31	1
32	1
33	1
34	1
35.1	1
35.2	1
35.3	1
35.4	1
35.5	1
36	1
37	0,80
38	0,79

39	0,89
40	0,92
41.1	0,74
41.2	0,72
41.3	0,70
42.1	0,71
42.2	0,76
42.3	0,75
43.1	0,72
43.2	0,84
43.3	0,70
44.1	0,75
44.2	0,74
44.3	0,73

Fuente: Datos del test y retest

9 - ESTUDIO FINAL

9.1 - Informe y visto bueno de los gestores del CEFET-PB

Inicialmente se solicitó el permiso al Director General del CEFET-PB y a los dos Directores de la Sede de João Pessoa y de la UNED-Cajazeiras (anexo 5). Posteriormente, se le envió una carta al Director de Enseñanza y Gerente de la Enseñanza Técnica y también a los Coordinadores de los cursos técnicos y los respectivos profesores (anexo 6).

Las cartas tenían los objetivos de explicar la investigación, solicitar el visto bueno de los gestores y además pedir colaboración con relación a los datos referentes a los sujetos de la investigación, con materiales para llevar a cabo la misma y apoyo institucional de una forma general.

9.2 - Selección de los alumnos que contestaron el cuestionario

Después de la selección de la muestra (ver apartado 8.6) y la adaptación final del cuestionario tras el estudio piloto, las Coordinadoras de las dos ciudades dividían la parte de la muestra correspondiente por el número de cursos existentes. Ejemplo: Electrónica (João Pessoa) tenía una muestra de 54 y ofrecían en diciembre de 2003, 5 grupos, por lo tanto fueron aplicados 11 cuestionarios por grupo.

El abordaje de los alumnos en el aula fue:

- ▶ El auxiliar de aplicación en las dos ciudades recoge la información sobre las salas donde tenían clases los alumnos de la Enseñanza Técnica en los tres turnos;
- ▶ Llegando a la sala, el auxiliar con la lista de alumnos en la mano, seleccionaba la cantidad específica de alumnos para aquel curso y al azar (por el número de la lista) hacía la invitación para contestar el cuestionario en otra sala, durante el descanso;
- ▶ La cuestión género fue considerada, a pesar de la mayoría absoluta en algunos cursos de varones. Siempre fue seleccionada por lo menos una representante femenina. No se presentó ningún caso, en el que el alumno escogido se opusiera a participar;
- ▶ Este procedimiento se llevó a cabo en los tres turnos, en los casos en los que existía un curso técnico por la mañana, otro por la tarde y otro por la noche;
- ▶ El auxiliar pasaba por las aulas haciendo la invitación a los alumnos en las primeras clases, y la coordinadora esperaba en la sala de aplicación a los alumnos en el horario del descanso.

9.3 - Selección del grupo de discusión

Basado en Krueger (1991) e Ibáñez (2000), una de las estrategias alternativas en seleccionar un grupo de discusión (GD) es contactar con alguna asociación o persona responsable. Una vez que la población haya sido definida y que las características necesarias para la selección individual hayan sido determinadas, el investigador puede comprobar si en la comunidad existen grupos que posean dichas características.

El Coordinador de EF del CEFET-PB hizo una búsqueda aleatoria entre los alumnos de la Enseñanza Técnica. En los ambientes de la institución (patios, pasillos, aulas, laboratorios, etc.), explicaba los objetivos de la investigación y hacía la invitación para participar en el GD.

Así, se reclutó un grupo de siete alumnos de la Enseñanza Técnica, en el que se tuvieron en cuenta algunas consideraciones:

- ▶ Alumnos que practicaban y no practicaban Actividad Física;
- ▶ Debía estar representado por la mayor cantidad de cursos técnicos posibles;
- ▶ Debía estar representado por los dos géneros;
- ▶ Debía estar representado por alumnos de los tres turnos (alumnos de la mañana, tarde y noche);
- ▶ Debía haber representación de alumnos de todos los módulos (1º, 2º, 3º y 4º);
- ▶ Los alumnos seleccionados no se conocieran entre sí.

En los grupos ha sido combinado el mínimo de heterogeneidad y de homogeneidad. Mínimo de homogeneidad para mantener la simetría de la relación de los componentes del grupo. Mínimo de heterogeneidad, para asegurar la diferencia necesaria en todo proceso de habla. El límite de la heterogeneidad lo constituyen las relaciones sociales de exclusión (la barra que separa a los agentes sociales). Un grupo demasiado homogéneo, por su parte, produce un texto idiota – en su sentido casi literal –, pues las declaraciones de cada uno de los actuantes no se ven confrontadas a la diferencia de otras declaraciones (Canales, 1994: 299). En esta misma línea, en este trabajo consideramos la franja de edad y el nivel de formación educacional (todos tienen la enseñanza media concluida) como una característica de la homogeneidad y el sexo y grupo de práctica de AF – alumnos activos y sedentarios – como características de heterogeneidad.

Los participantes fueron invitados a formar parte de este grupo, ofreciéndoles una explicación rápida sobre los objetivos de este trabajo. Se marcó la reunión de acuerdo con los siete alumnos y la moderadora. También fueron invitados a contestar el cuestionario antes de la reunión para facilitar el proceso del GD. A continuación se expone la planificación y desarrollo del grupo de discusión (9.5 y 9.6).

9.4 - Aplicación de los cuestionarios

Para un buen desarrollo de la encuesta, el encuestador debía estar muy bien preparado y por este motivo se desarrolló el curso de formación de colaboradores (véase apartado 8.6).

Este curso fue impartido durante diciembre de 2002 a los profesores de Educación Física del CEFET de João Pessoa y a una profesora de EF de la UNED-Cajazeiras. A pesar de haber sido impartido para la aplicación del estudio piloto, fueron estos mismos colaboradores quienes trabajarían en el estudio final, en diciembre de 2003 y enero de 2004, con la colaboración adicional de la profesora de psicología de la UFPB, Lygia Gondim, que ha sido la coordinadora de la aplicación en João Pessoa juntamente con el profesor de EF, Ney Robson.

Las dos coordinadoras contaron con un auxiliar cada una para la aplicación de los cuestionarios. Ésta se llevo a cabo de la siguiente forma:

- ▶ Todos los alumnos, de todos los grupos, fueron invitados a rellenar el cuestionario, lo contestaron en la sala de aplicación donde se encontraba la Coordinadora;
- ▶ La Coordinadora recibió a los alumnos con una bienvenida, les explicaba rápidamente el motivo de la investigación (indicada además en el cuestionario), y les daba algunas explicaciones de los modelos de pregunta más difíciles de contestar. Se les pidió a los alumnos que leyesen con atención las preguntas y no dejarasen de preguntar en el caso de que se presentase alguna duda. Siempre que se presentaran dudas, la Coordinadora estuvo presente para solucionarlas;
- ▶ La Coordinadora siempre miraba los cuestionarios al ser entregados por los alumnos, para averiguar posibles errores o preguntas no contestadas;
- ▶ En las dos ciudades no se presentó ningún incidente; todo el proceso transcurrió con normalidad.

En Cajazeiras, la aplicación del cuestionario tuvo una duración de dos semanas. La Coordinadora tenía el apoyo de un auxiliar. En João Pessoa, la muestra era mucho más grande, además, casi todos los cursos fueron ofrecidos para los tres turnos, lo que daba demasiado trabajo. Por estos motivos se necesitaron 3 semanas.

9.5 - Planificación del grupo de discusión

Un grupo de discusión puede ser definido como una conversación cuidadosamente planificada, diseñada para obtener información de una área definida de intereses, en ambiente permisivo, no directivo (Callejo, 2001).

El grupo de discusión respondía a la técnica de entrevista grupal o entrevista focalizada, donde los participantes, en absoluto anónimos, se presentaban en primera persona, con nombre y apellidos, y defendían, a requerimiento del coordinador, sus puntos de vistas personales (Gaitán y Piñuel, 1998).

Con la aplicación del GD en este trabajo se pretende conocer el discurso de los alumnos del CEFET-PB sobre el tema estudiado, esto es, lo que opinan o piensan los encuestados, mediante una discusión realizada oralmente con la participación de los alumnos bajo la coordinación de la moderadora.

El grupo de discusión fue planteado por la doctoranda y ejecutado por la profesora Lygia Gondim, del Departamento de Psicología de la Universidad Federal de Paraíba, Brasil.

La planificación del GD investigaciones basó en varios trabajos anteriores, entre ellos: Morgan (1988), Krueger (1991, 1998a, b y c), Canales y Peinado (1994), Gaitán y Piñuel (1998), Ibáñez (2000), Valles (2000) y Callejo (2001), entre otros. El número de grupo que debe establecerse en una investigación, para Gil (1993), está en función del objeto del estudio y depende de consideraciones acerca de la población estudiada. Autores como Wells (1974), Goodman (1984), Templeton (1987) y Goodman y MacDonald (1987), Canales y Peinado (1994), Gaitán y Piñuel (1998), Ibáñez (2000), Valles (2000), Callejo (2001), establecen el número de participantes por grupo de 5 a 10 personas. En este trabajo el grupo contaba con 7 participantes.

En nuestro trabajo, el grupo de discusión fue formado por un grupo, de composición homogénea y heterogénea a la vez (ver apartado 9.3). Aunque la teoría aconseje la selección

como mínimo de dos grupos (Canales y col., 1994), en nuestro caso específico, la formulación de un grupo nos aportó datos suficientes para el análisis cualitativo final (informes descriptivos) que serán mostrados en esta tesis en el apartado de los resultados de algunas variables juntamente con los datos cuantitativos. Este trabajo no tiene la intención de hacer una triangulación metodológica, donde se usa dos o más técnicas de investigación con niveles de importancia similares. En nuestro trabajo de investigación realizamos el grupo de discusión al mismo tiempo que la encuesta, con la intención que en algunas variables los resultados cualitativos colaboren con los datos cuantitativos, complementando con informaciones más profundizadas sobre la temática.

Con relación a la estrategia para la formación del grupo estamos de acuerdo con Álvarez (1990: 203) cuando: *“establece que la composición de los grupos de discusión se regulan por el principio de que estén representadas en ellos las personas que puedan reproducir en su discurso relaciones relevantes de una comunidad o grupo social en torno del tema de investigación”*. Enseguida se muestra la planificación utilizada para la realización del grupo de discusión en nuestro trabajo y los autores que defienden este tipo de estrategia:

Número de grupo: 1.

Número de los participantes: de 6 a 10 sujetos (Gaitán y col, 1998).

Reclutamiento dos participantes (Ibáñez, 2000): Los alumnos reclutados deberían estar cursando la Enseñanza Técnica del CEFET-PB, practicantes o no de actividad física (ver más detalles en el apartado 9.4).

Tiempo de la reunión (Valles, 2000): La reunión debería tener un tiempo medio de dos horas, si no fuera posible discutir toda la temática, sería marcada la segunda reunión. El moderador será la persona que va a administrar la reunión (Profesora Lygia Gondim), no deberá intervenir en exceso, tampoco dar opiniones, sino que deberá controlar el grupo, controlando a aquellos alumnos que hablan en exceso y estimulando a los tímidos a que hablen; El moderador es el motor de la reunión, debe estimular discusiones, y siempre orientar el discurso hacia temas relevantes para el estudio. El asistente (caso de ser necesario) es el apoyo; será presentado como un compañero al grupo. Tomará nota sobre la discusión para después colaborar en la construcción del informe final; también controlará la grabadora (antes, durante y después de la reunión). Al final podrá participar con el moderador y los alumnos al cierre de la reunión.

Un moderador y un asistente (Callejo, 2001): El moderador será la persona que va a administrar la reunión (Profesora Lygia Gondim), no deberá intervenir en exceso, tampoco dar opiniones, sino que deberá controlar el grupo, controlando a aquellos alumnos que hablan en exceso y estimulando a los tímidos a que hablen; El moderador es el motor de la reunión, debe estimular discusiones, y siempre orientar el discurso hacia temas relevantes para el estudio. El asistente (caso de ser necesario) es el apoyo; será presentado como un compañero al grupo. Tomará nota sobre la discusión para después colaborar en la construcción del informe final; también controlará la grabadora (antes, durante y después de la reunión). Al final podrá participar con el moderador y los alumnos al cierre de la reunión.

Guía de la reunión (Krueger, 1991, 1998a): La guía de la reunión está basado en las variables del estudio final. Los alumnos deberán, cuando sean solicitados, contestar los cuestionarios y llevarlos para la reunión, pues ayudará en las discusiones iniciales.

Inicialmente, la moderadora hace la presentación del grupo, explica el motivo de este trabajo y dice cómo debe ser el procedimiento. Puede además, entregar una ruta de temas a los participantes para que ellos sepan cómo va a proceder la discusión y finalmente exponer el primer tema de discusión de forma directa.

Es importante que la reunión sea dirigida, todos deben hablar, pueden discutir, pero la tendencia de esta técnica es que todos den su opinión sobre el tema, como si fuera una entrevista colectiva.

Temas para ser discutidos:

- ▶ Hábitos de Actividad Física (cuáles, cómo hacen, con quién, motivos de porqué hacen o no, percepciones futuras);
- ▶ Hábitos de vida (consumo de cigarrillo, alcohol, alimentación y sueño diario);
- ▶ Cuáles son las actividades que les gustan practicar en su tiempo libre;
- ▶ Educación Física que hicieron durante la enseñanza media;
- ▶ Autopercepción: estado de salud, actual condición física. Y ¿cuál es la importancia de los hábitos de vida para la vida en general?
- ▶ ¿Cuáles son las propuestas de cambios que vosotros propondrías para mejorar la salud de las personas?

9.6 - Desarrollo del grupo de discusión

Inicialmente, el Coordinador de Educación Física del CEFET-PB buscó de forma aleatoria siete sujetos, estudiantes de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB en João Pessoa, Brasil, que no se conociesen entre sí y que tuvieran interés de participar en este grupo de discusión. Además, fueron considerados los criterios señalados anteriormente en el reclutamiento de los participantes. Los siete sujetos seleccionados fueron informados del trabajo que estaba siendo desarrollado e instruidos para contestar el cuestionario antes de la 1ª reunión. Los siete sujetos, tres mujeres y cuatro hombres, decidieron el mejor día y hora para la reunión y así fue marcada la misma en la sala de vivencia del CEFET-PB.

En la primera reunión, inicialmente la moderadora²⁴ del grupo recibió a los alumnos con sus respectivos cuestionarios y los enumeró poniéndolos sentados en círculos por orden numérica, para facilitar la identificación de cada uno y colaborar en la hora de la transcripción del CD. Además de la moderadora y de los alumnos, en la sala estaba el auxiliar del GD que tenía una grabadora de CD, en el que se registró toda la reunión. Las observaciones fueron apuntadas por el auxiliar.

La reunión empezó con la explicación de la moderadora de cómo sería el desarrollo de la reunión y enseñando la ruta de temas que sería seguida. La reunión duró dos horas y diez minutos. Durante toda la reunión siempre se indicaba el nombre del alumno para así facilitar la transcripción del CD. Todos los temas fueron puestos en discusión por la moderadora, aunque algunos de los temas no se consideraron en el discurso de la mayoría de los participantes.

El desarrollo del encuentro fue normal, sin ningún incidente. Durante todo el proceso el auxiliar apuntaba las observaciones más importantes y al final hizo un resumen de todo lo ocurrido. Al final, la moderadora, juntamente con el auxiliar y los alumnos la comentaron y la cerraron.

10 - TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

10.1 - Cuestionario

10.1.1 - Registro de los datos

²⁴ La moderadora del GD es una psicóloga, profesora del Departamento de Psicología de la UFPB con experiencia profesional de más de 30 años y además experta en este tipo de técnica.

Tras concluir la recogida de los datos, con todos los cuestionarios ya cumplimentados y antes de tratarlos informativamente, se procedió a su revisión – recuento de los cuestionarios, una nueva comprobación de que habían sido contestados correctamente, etc. –.

Cada cuestionario fue codificado en su confección, para posteriormente, y tras la recogida de los datos, proceder a la grabación informática de los mismos en el programa estadístico SPSS 11.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Sin embargo, al codificar las variables, en el momento del registro de los datos fue necesario tener en cuenta la hoja de códigos: para las variables que no fueron contestadas; para las variables abiertas (ofrecían más de una respuestas) éstas fueron categorizadas y se asignó un valor numérico para facilitar su tratamiento estadístico; y por fin, otro código para las variables que no debían ser contestadas por los encuestados (preguntas filtros). Para facilitar el análisis de las tablas de contingencias, algunas variables fueron reagrupadas.

Una vez introducido todos los datos en el programa SPSS 11.0, se pasó a la fase de filtrar los datos en el programa EXCEL, que fue una revisión del mismo para cada una de las variables, para evitar posibles errores, ya fuese por parte del alumno que rellenó el cuestionario o por parte del investigador a la hora de registrar los datos. La confidencialidad de los datos se escribió en la parte inicial del cuestionario y además fue explicado oralmente por el encuestador antes de las aplicaciones en las aulas; antes del inicio del GD la moderadora indicaba la confidencialidad de los datos a todos los alumnos participantes.

10.1.2 - Análisis de los datos y obtención de resultados

Antes de empezar el análisis de los datos fue realizado el test de χ^2 para comprobar si la distribución de las frecuencias en las respuestas verifica el criterio de normalidad o de homogeneidad entre las mismas. En todas las variables estudiadas la distribución se presenta como no homogénea (no normal) al presentar un grado de significación de $p < 0.05$, lo que condiciona la utilización de técnicas no paramétricas para el estudio estadístico inferencial.

Finalizada la fase anterior de registro de los datos, se pasó al análisis, intentando describir, comparar y contrastar todos estos datos, llevando a cabo análisis descriptivo, inferencial. En el análisis estadístico descriptivo se elaboraron tablas de distribución de frecuencias, que permitieron analizar y comparar los porcentajes de las dimensiones

estudiadas. Asimismo, se realizaron cruces de algunos indicadores sociodemográficos y con grupo, características de la práctica de AF, EF / deporte en la enseñanza media, hábitos de consumo de tabaco y alcohol y autopercepción del estilo de vida.

A continuación y teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se ha llevado a cabo el empleo del análisis inferencial entre algunos indicadores y concretamente, para saber el grado de asociación entre algunas variables predictoras y resultados, hemos realizado tablas de contingencia de cálculo de Chi-cuadrado de Pearson. Además fue utilizado análisis de correspondencia entre algunos indicadores que ofrecían más de dos ítems de respuestas. Y, por fin, la regresión lineal múltiple donde fue construido dos modelos cada un con una variables dependientes para cinco independientes.

10.1.3- Técnicas estadísticas utilizadas

El análisis estadístico del estudio se llevó a cabo aplicando los siguientes estadísticos.

A- ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA. Consiste en el conjunto de instrumentos y temas relacionados con la descripción de colecciones de observaciones (García Ferrando, 2000). Se determinó el tipo de datos utilizados en la investigación a fin de poder definir las operaciones estadísticas que se iban a realizar. Los datos extraídos en nuestro trabajo son mayoritariamente nominales, es decir, aquellos que permiten establecer relaciones de igualdades entre los objetos / sujetos que se esta encuestando. También nos encontramos con datos ordinales que permiten establecer un orden entre las diferentes respuestas.

La siguiente operación que se realizó de las diferentes variables fue la forma de distribución. Ésta se analizó de una manera directa a través de las frecuencias, se contabilizó cuántas veces se repite cada valor de la muestra, y se transformaron las frecuencias absolutas en frecuencia relativa (porcentajes). Utilizamos los gráficos y las tablas que acompañan el texto, para revelar lo más destacable de los resultados, facilitando visualmente la interpretación de los mismos.

B- ESTADÍSTICA INFERENCIAL. La estadística inferencial se ocupa de la lógica y procedimientos para la inferencia o inducción de propiedades de una población en base a los resultados obtenidos de una muestra conocida (García Ferrando, 1994: 26).

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio, resulta imprescindible el empleo de análisis inferencial. Así, cuando el objeto de investigación se centra en constatar el grado de asociación/relación entre variables nominales y / o ordinales, se realizan tablas de contingencia y la prueba de X^2 (Sierra Bravo, 2001).

En las tablas de contingencia de cálculo del estadístico Chi-cuadrado de Pearson consideramos las siguientes condiciones de validez:

a) Que sea significativo:

- Significativo $p < 0.05$
- Muy significativo $p < 0.01$
- Altamente significativo $p < 0.001$

b) Para medir el tamaño de la dependencia entre las variables se ha usado el coeficiente de contingencia C de Pearson. El valor del coeficiente C varía de 0 a 1, y cuanto más cerca de 0, menor es la dependencia entre las variables, y cuanto más cerca de 1 mayor la dependencia.

C- ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIA. Se trata de una técnica aplicable al análisis de matrices de datos y, en general, de tablas de contingencia. Se orienta a descubrir la forma y modelo de datos multivariantes y de sus relaciones (Sierra Bravo, 2001).

En este procedimiento se puede hablar de un cierto carácter exploratorio a la vez que permite cuantificar datos cualitativos (nominales y ordinales) en puntuaciones con propiedades métricas, que asignan por tanto valores numéricos a datos categóricos, y que posibilitan representaciones gráficas que hacen más fácil descubrir las relaciones que antes comentábamos. En este sentido, el análisis de correspondencia (ANACOR) permitirá analizar esta posible relación entre las variables de un modo gráfico en un espacio pluridimensional de modo que, previo cálculo por filas y columnas de las puntuaciones de la tabla, las diversas categorías de las variables estarán representada en el gráfico más próximo o alejadas en las diversas dimensiones en función de su grado de similitud o diferencias (Casimiro, 2002).

D- ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE

La regresión múltiple consiste en la extensión del análisis de regresión a más de dos variables, una dependiente y las demás independientes. Pretende especificar el grado en que cada una de las distintas variables independientes determina la variación de la variable

dependiente en cuestión (Sierra Bravo, 2001). Debido a su simplicidad analítica, la forma funcional que más se utiliza en la práctica es la relación lineal.

La regresión múltiple se obtiene una ecuación de regresión, con tantos coeficientes como variables independientes. A partir de ella, podrá predecir el valor medio de la variable dependiente. Asimismo, se mide el grado de correlación existente entre las variables (mediante el estadístico R múltiple) y su significatividad (gracias al estadístico F). El valor R^2 múltiple (el coeficiente de determinación) expresará el porcentaje de varianza dependiente que es explicado por las independientes. Cuanto más elevado sea su valor, mejor la predicción de la variable dependiente (Cea, 2001).

El método step-wise o escalonado utilizado en esta investigación consiste fundamentalmente en un método analítico, que comienza con una sola variable dependiente. A continuación añade una segunda variable, que es la que mejor explica la variación residual de la variable dependiente que no haya podido explicar la primera variable introducida. El objetivo final de ese procedimiento es la de encontrar un R^2 lo mayor posible con el mínimo de variables independientes. Cuando las variables independientes que van siendo añadidas sucesivamente a la ecuación producen incrementos insignificantes en el valor de R^2 , se detiene el proceso y tales variables no se tienen en cuenta para la ecuación de regresión con la que operará el investigador (García Ferrando, 2000).

10.2 - Análisis del grupo de discusión

Finalizado el proceso de reunión del grupo de discusión, se pasó al momento del análisis y la interpretación. La interpretación para Ibáñez (2000) es tan sólo un momento del proceso de análisis, momento que corresponde a la intuición analógica del investigador, protagonista principal de esta fase.

Todo el material del GD fue enviado a Granada, donde estaba siendo redactada la tesis, el material contaba con: uno CD grabado de aproximadamente dos horas y diez minutos de reunión, los cuestionarios contestados por los alumnos, una lista con nombres, curso y módulos que los alumnos cursaban y un resumen de todo el proceso de cómo fue realizado el GD, además del resumen de las reuniones hechas por la Coordinadora del GD. Una vez que concluyó el trabajo de campo del grupo de discusión y teniendo en cuenta los objetivos y los

presupuestos metodológicos implicados en el estudio, se utilizó un procedimiento de análisis en los datos: el *análisis de contenido*²⁶.

Según Pérez Serrano (1998), en la perspectiva cualitativa no hay unas directrices fijas y concretas en cuanto al análisis de datos, pudiendo existir diversos enfoques, perspectivas y orientaciones. Mientras tanto, de forma general, el análisis cualitativo consiste en reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar la información, con el fin de obtener una visión lo más completa posible de la realidad del objeto de estudio. Partiendo de la base de que los individuos comunican semánticamente a través de conceptos, y los conceptos comunican socialmente a través de los individuos, se empezó a sistematizar, a partir del *corpus*²⁷ las ideas de partida. Esta sistematización fue realizada a través de los temas referentes a cada *concepto*²⁸.

Fueron consideradas las recomendaciones de Krueger (1991) para el análisis del grupo de discusión: leer los resúmenes preliminares del grupo, anotando las líneas de opinión sobresalientes y escuchar las cintas o leer las transcripciones, “concentrándose en un tema cada vez”, subrayando los fragmentos de mayor interés. Todo ello debe hacerse sin perder de vista los objetivos del estudio, teniendo en cuenta el contexto de las intervenciones de los participantes y contrastando el trabajo de análisis con otros miembros del equipo.

De este modo, tras la transcripción²⁹ y en base al análisis del corpus del grupo de discusión se establecieron las *unidades de contextos*³⁰. En esta fase, el criterio de análisis consistió en definir la unidad de contexto de las unidades temáticas dentro del GD y vinculación existentes entre el corpus del GD y la realidad social que las produce. Los *temas*³¹ considerados fueron: las prácticas de Actividad Física en el tiempo libre y

²⁶ El análisis de contenido nos ofrece la posibilidad de investigar en la naturaleza del discurso. Es un tipo de análisis que busca descubrir la estructura interna de la información, bien su composición, su forma de organización o estructura, bien su dinámica.

²⁷ “Corpus es el conjunto de los documentos tenidos en cuenta para ser sometidos a los procedimientos analíticos” (Bardin, 1986: 72).

²⁸ Los conceptos, según Caís (1997: 41) “son palabras que aprehenden los fenómenos sociales en toda su riqueza y complejidad, con sus relaciones e interconexiones, y sobretudo con sus contradicciones. El concepto no toma aspectos comunes y repetidos de la realidad, sino que se refiere a un mecanismo total de esa realidad, es decir, un proceso relativo a personas o grupos que se desarrolla en la realidad social”.

²⁹ La transcripción de las cintas fue realizada por la propia investigadora.

³⁰ Unidad de contexto “sirve de unidad de comprensión para codificar la unidad de registro. Corresponde al segmento del mensaje cuyo tamaño (superior a la unidad de registro) es óptimo para captar la significación exacta de la unidad de registro” (Bardin, 1986: 81).

³¹ El tema “es la unidad de significación que se desprende naturalmente de un texto analizado según ciertos criterios relativos a la teoría que guía la lectura. (...) El tema como unidad de registro, corresponde a una regla de descomposición (del sentido, no de la forma) que no se da de una vez por todas, puesto que la descomposición depende del nivel de análisis y no de manifestaciones formales regladas” (Bardin, 1986: 80)

motivaciones de los alumnos del CEFET-PB, los hábitos de vida sanos, tipos de prácticas realizadas en el tiempo libre, la Educación Física / Deporte que tuvieron en la enseñanza media, la autopercepción del estilo de vida sano y la propuesta de cambios para mejorar la salud.

Las unidades de registro en nuestro trabajo no fueron consideradas (no fue utilizado la frecuencia de los códigos), ya que no se realizó la categorización de las unidades en dimensiones, aunque sí fueron considerados los temas para la construcción del informe final.

Basado en lo dicho en el apartado anterior, el análisis del discurso de los alumnos de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB se hizo a partir de los resúmenes preliminares de las reuniones y de la transcripción del CD. Se realizó un examen detallado del grupo, desarrollando esquemas de análisis del contexto por temas y haciendo un análisis de los datos por temática, según las variables de nuestro estudio (Valle, 2000).

El esqueleto o estructura del informe está compuesto de los temas claves por los que se solicitó el estudio o por las ideas básicas que han surgido en el discurso. Estos temas servirán como hilo conductor del informe escrito.

De esta forma, se ha realizado el análisis del material a través del informe escrito descriptivo. *“Este tipo de informe comienza con un párrafo sintético e incluye a continuación citas ilustrativas. Los comentarios son seleccionados para ayudar al lector a comprender la forma en la que los participantes contestaron a las preguntas”* (Krueger, 1991: 130).

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Este capítulo presenta como principal objetivo exponer los principales resultados en función de las variables estudiadas, centrándose en el trabajo empírico realizado con los alumnos del CEFET-PB.

En concreto, describimos los resultados por variables de forma cuantitativa, – haciendo un análisis descriptivo de los datos (distribuciones porcentuales) – y utilizando en algunos casos el análisis inferencial. También se hace un cruce entre las dimensiones de algunas variables pertinentes al estudio. A la vez, describimos los datos cualitativos (informe descriptivo), poniendo de relieve algunas características de dichas realidades extraídas de los datos cualitativos.

3.1 - VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

A continuación mostraremos los datos de las variables sociodemográficas que estarán resumidos en el final del apartado en la Tabla 3.3.

En cuanto al género, los varones se presentan en mayor cantidad (Tabla 3.3). En regla general, los cursos técnicos presentan una cantidad de varones más representativo que de mujeres, pero en algunos cursos como Edificación y Recursos naturales tienen una mayor representación de mujeres (ver Tabla 3.1).

Tabla 3.1. Género por curso (%)

CURSOS		Edificación	Recurso natural	Mecánica	Electrotécnica
GÉNERO	Varones	39,31	17,5	89,74	90
	Mujeres	60,68	82,5	10,25	10

En cuanto a la ciudad, más de la mitad, es decir, el 76,9% de los encuestados son de *João Pessoa* (Tabla 3.3). Este porcentaje de las ciudades ya había sido determinado en la muestra estratificada por ciudad (ver capítulo 2, apartado 7).

El curso con mayor representatividad entre los estudiantes encuestados del CEFET-PB es el de *edificación*, con el 32,8% seguido por *informática* con el 14,7%. (Tabla 3.3). Estos porcentajes de encuestados por curso ya había sido determinado en la muestra conglomerada por grupo técnico (ver capítulo 2, apartado 7).

La edad con mayor representatividad entre los estudiantes encuestados del CEFET-PB es la de *menos de 20 años* y de *21 a 25 años* ambas con el 44,6% (Tabla 3.3).

El rango de renta familiar con mayor representatividad entre los estudiantes encuestados del CEFET-PB es de 490 a 1000 reales con el 37,3% y de 100 a 480 reales con el 25,6% (Tabla 3.3).

El rango de renta familiar con mayor representatividad en la ciudad de João Pessoa es de 490 a 1000 reales con el 38,64% y de 100 a 480 reales con el 18,87%. El rango de renta familiar con mayor representatividad en la ciudad de Cajazeiras es de 100 a 480 reales con el 48,03% y de 490 a 1000 reales con el 33,33% (Tabla 3.2).

Tabla 3.2. Ciudad en función de la renta familiar

Renta	CIUDADES				Total	X ²
	JOÃO PESSOA		CAJAZEIRAS			
	Recuerdo	%	Recuerdo	%		
100 a 480 Reales	64	18,87	49	48,03	113	$x^2 = 40,538$ gl= 4 sig. asintótica= ,000 C= ,290
490 a 1000 Reales	131	38,64	34	33,33	165	
1100 a 1700 Reales	48	14,16	9	8,82	57	
Más de 1800 Reales	52	15,33	3	2,94	55	
NS/NC	44	12,97	7	6,86	51	
Total	339	99,97	102	99,98	441	

Al realizar la estadística inferencial que relaciona la ciudad con la renta familiar, hemos comprobado que el Chi-cuadrado es altamente significativo y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es 0,290, lo que significa que los alumnos de João Pessoa tienen una renta familiar más alta que los alumnos de Cajazeiras.

En cuanto al estado civil, el 91% de los encuestados son *solteros* (Tabla 3.3). En cuanto al turno, el nocturno presenta la mayor representación con el 43,7% (Tabla 3.3).

La situación laboral con mayor representatividad entre los estudiantes encuestados del CEFET-PB es la de que sólo *estudia*, con el 54,5%. En la categoría *activo en el mercado laboral*, predominan los encuestados que *estudian y trabajan* con el 36,9% (Tabla 3.3).

En la inferencia de la situación que se encuentra con la renta hemos comprobado que el Chi-cuadrado es significativo ($x^2 = 36,145$; gl= 24; sig. asintótica= ,05) y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es ,275, lo que significa que los alumnos en paro y los que solamente estudia son los que tienen renta más baja.

Respecto al nivel de estudios, el 90,5% de los encuestados concluyeron la enseñanza media (Tabla 3.3).

A continuación, se presenta en la Tabla 3.3, la distribución de la frecuencia y los porcentajes de los datos sociodemográficos de los alumnos del CEFET-PB.

Tabla 3.3. Características sociodemográficas de los alumnos del CEFET-PB

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		Frecuencia	Porcentaje	N(Total)
CIUDAD	-Joao Pessoa	340	76,9%	442
	-Cajazeiras	102	23,1%	
GÉNERO	-Hombres	258	58,4	442
	-Mujeres	184	41,6	
CURSO	-Electrónica	54	12,2%	442
	-Electrotécnica	60	13,6%	
	-Edificación	145	32,8%	
	-Mecánica	39	8,8%	
	-Recursos naturales	40	9,0%	
	-Electromecánica	39	8,8%	
	-Informática	65	14,7%	
EDAD (años)	-Menos de 20 años	197	44,6%	441
	-De 21 a 25 años	197	44,6%	
	-De 26 a 30 años	29	6,6%	
	-Mas de 31 años	18	4,1%	
RENTA	-100 a 480 reales	113	25,6	441
	-490 a 1000 reales	165	37,4	
	-1100 a 1700 reales	57	12,9	
	-Más de 1800 reales	55	12,5	
	-NS/NC	51	11,5	
TURNO	-Mañana	132	29,9%	442
	-Tarde	117	26,5%	
	-Noche	193	43,7%	
SITUACIÓN LABORAL	-ACTIVO	163	36,9%	442
	Estudia y trabaja	163	36,9%	
	-NO ACTIVO	241	62,4%	
	Estudia	23	54,5%	
	Busca 1º empleo	9	5,2%	
	En paro	2	2%	
	Labores del hogar Jubilado/pensionista	1	,5% ,2%	
NIVEL DE ESTUDIOS	-Enseñanza media	400	90,5%	442
	-Formación profesional	32	7,2%	
	-Curso universitario	10	2,3%	

3.2 - CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE, LOS INTERESES Y MOTIVACIONES DE LOS ALUMNOS DEL CEFET-PB

3.2.1 - Característica de la práctica Actividad Física en el tiempo libre

Respecto a las características de la práctica de Actividad Física en el tiempo libre se muestran cinco situaciones.

La primera, en función del nivel de práctica de AF, el 54,3% *son sedentarios*. Respecto al grupo en el que se encuentran los sedentarios, el 77,59% del total practicaban antes y ahora no (Tabla 3.4).

Tabla 3.4. Nivel de práctica de AF y grupo que se encuentran los sedentarios

	Frecuencia	Porcentaje
PRACTICO	202	45,7%
NO PRACTICO	240	54,3%
-Antes practicaba ahora no	187	77,59%
-Nunca he practicado	54	22,41%

La segunda característica de la práctica de AF en el tiempo libre muestra que en función *del género*, 72,82% de las mujeres y 41,08% de los hombres son sedentarios (Gráfico 3.1).

Al realizar la estadística inferencial que relaciona los alumnos practicante de AF en función del género, hemos comprobado que el Chi-cuadrado es altamente significativo ($\chi^2 = 43,605$; $gl = 1$; sig. asintótica = ,000), y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es ,300. Siendo las mujeres más sedentarias que los hombres.

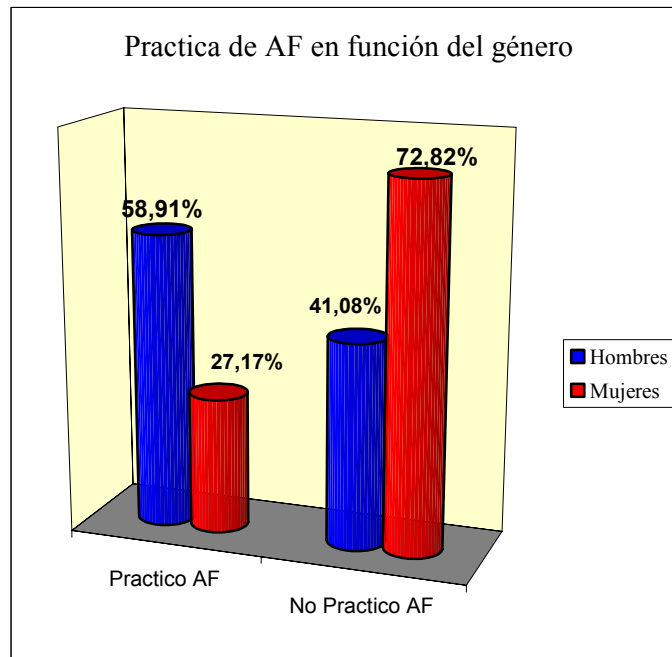


Gráfico 3.1. Grupo de práctica de Actividad Física en función del género

La tercera característica de la práctica de AF en el tiempo libre muestra que en función *del turno* de curso el 52,99% de los activos son del turno de la *tarde* (Gráfico 3.2).

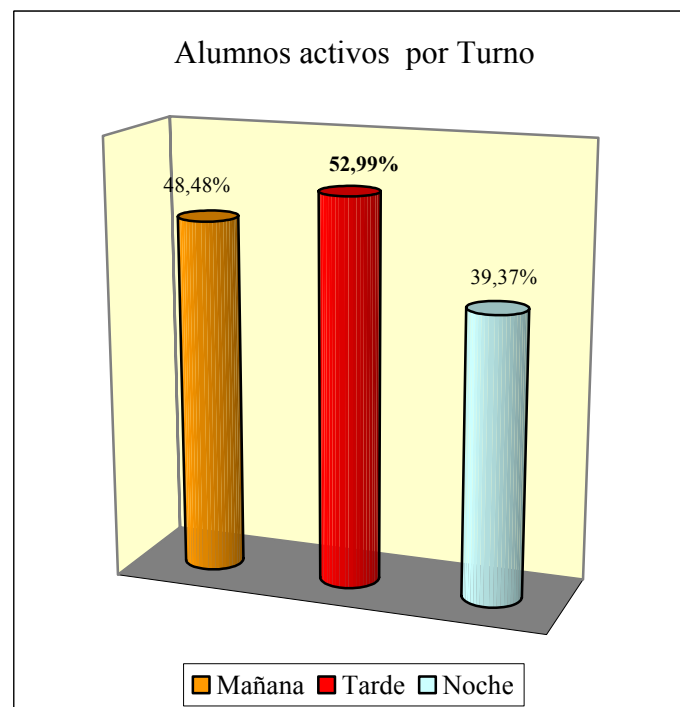


Gráfico 3.2. Alumnos activos por turno

Al realizar la estadística inferencial que relaciona los alumnos practicantes de AF en función del turno que estudia, hemos comprobado que el Chi-cuadrado es significativo ($\chi^2 = 6,027$; $gl = 2$; sig. asintótica = ,049) y el tamaño de la relación medida por el coeficiente de

contingencia es ,116. Siendo los alumnos del turno de la tarde los más activos y los de la noche los más sedentarios.

Nos ha interesado, además, saber la relación de los alumnos activos en el mercado laboral en función del turno de estudio. Al realizar la estadística inferencial que relaciona los alumnos activos en el mercado de trabajo en función del turno que estudia, hemos comprobado que el Chi-cuadrado es altamente significativo ($\chi^2 = 34,761$; $gl = 4$; sig. asintótica = ,000), y el tamaño de la relación medida por el coeficiente de contingencia es, 270, lo que indica que los alumnos del curso nocturno son los más activos en el mercado de trabajo.

La cuarta característica de la práctica de AF en el tiempo libre muestra que, en función de la edad, el porcentaje más representativo entre alumnos activos son: los alumnos de < de 20 años con el 49,74% y de 21 a 25 años con el 42,63% (Tabla 3.5).

La quinta característica de la práctica de AF en el tiempo libre analiza la influencia del nivel socioeconómico. Los alumnos que practican AF con renta familiar de 1100 a 1700 R son los que presentan el porcentaje más alto con el 59,65%. Para los que no practican, los alumnos con renta de 490 a 1000 R son los que presentan el porcentaje más alto con el 61,21% (Gráfico 3.3).

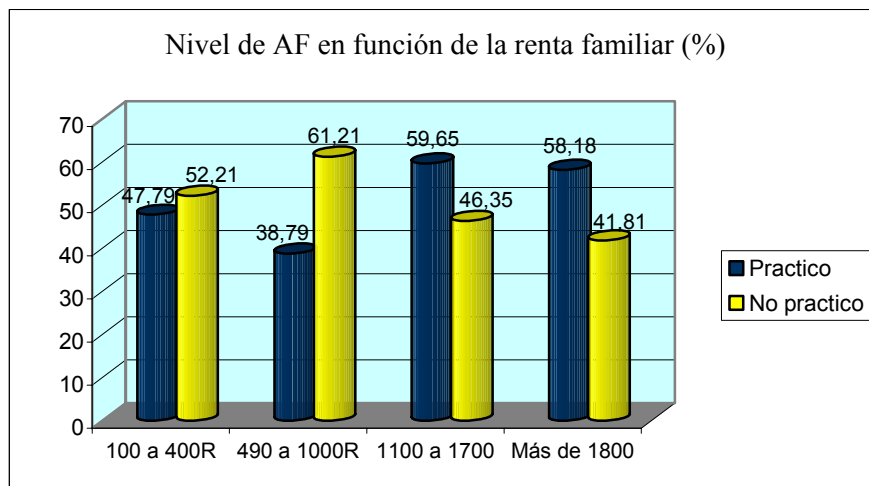


Gráfico 3.3. Nivel de AF en función de la renta familiar

Al realizar la estadística inferencial que relaciona los alumnos practicantes o no AF en función de la renta familiar, hemos comprobado que el Chi-cuadrado es significativo ($\chi^2 = 10,907$; $gl = 3$; sig. asintótica = ,012), y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de

contingencia es ,165, lo que indica que los alumnos de renta familiar más alta presentan porcentajes más bajos de sedentarios.

A continuación, se presenta en la Tabla 3.5 la distribución en porcentajes según variables sociodemográficas, según la práctica de AF de los alumnos del CEFET-PB.

Tabla 3.5.- Distribución de la práctica de AF de los alumnos del CEFET-PB según algunas características sociodemográficas (%)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		Practica AF	No Practica AF	X ²
GÉNERO	-Varones	58,9	41,08	x ² =43,605; gl= 1; sig. asintótica= ,000 c = ,300
	-Mujeres	27,17	72,82	
EDAD (años)	-Menos de 20 años	49,74	50,25	x ² =2,270; gl= 3; sig. asintótica= ,518
	-De 21 a 25 años	42,63	57,36	
	-De 26 a 30 años	41,37	58,62	
	-Mas de 31 años	44,44	55,55	
LUGAR DE RESIDENCIA	-Joao Pessoa	46,76	53,23	x ² =,671; gl= 1; sig. asintótica= ,413
	-Cajazeiras	42,16	57,84	
ESTADO CIVIL	-Soltero	45,77	54,22	x ² =,846,; gl=2 ; sig. asintótica= ,655
	-Casado/ compañero	46,15	53,84	
	-Separado/ divorciado	-	0,2	
TURNO	-Mañana	48,48	51,51	(x ² =6,027; gl= 2; sig. asintótica= ,049). c = ,116
	-Tarde	52,99	47	
	-Noche	39,37	56,99	

Tabla 3.5.- Distribución de la práctica de AF de los alumnos del CEFET-PB según algunas características sociodemográficas (%). Continuación.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		Practica AF	No Practica AF	X ²
NIVEL DE ESTUDIOS	-Enseñanza media	46,25	53,75	x ² =5,121; gl=2; sig. asintótica= ,077 c= ,107
	-Formación profesional	31,25	68,75	
	-Curso universitario	70	30	
SITUACIÓN LABORAL	-Activo	49	50,9	x ² =,4882; gl=6; sig. asintótica= ,559
	-No activo	43,84	56,16	
	-Otros	33,33	66,66	
RENTA	-100 a 480 reales	47,79	52,21	x ² =10,907 gl= 3 sig. asintótica= ,012 c = ,165
	-490 a 1000 reales	38,79	61,21	
	-1100 a 1700 reales	59,65	46,35	
	-Más de 1800 reales	58,18	41,81	
	-NS/NC			

3.2.2 - Tipos de Actividades Físicas practicadas

Respecto a las AF practicadas por los alumnos *activos*, los datos más representativos son: el 28 % de los encuestados practican *deportes de canchas (balonmano, baloncesto, voleibol, fútbol sala)*, el 26 % practica *fútbol* y el 19% *natación* (Gráfico 3.4).

Respecto a las AF practicadas por los alumnos que *antes practicaban y ahora no*, los datos más llamativos son: el 35% de los encuestados practicaban *deportes de canchas (balonmano, baloncesto, voleibol, fútbol sala)*, el 21% practicaba *natación* y el 18% practicaba *fútbol* (Gráfico 3.5).

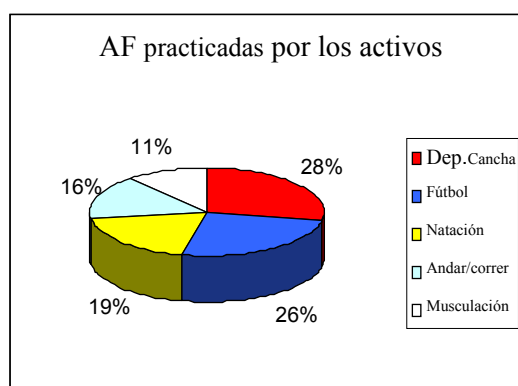


Gráfico 3.4. Actividad Física practicada por los activos

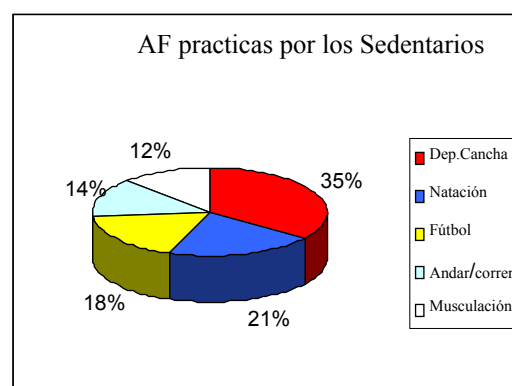


Gráfico 3.5. Actividad Física antes practicada por los sedentarios

Al realizar la estadística inferencial que relaciona los alumnos practicante de AF en función del deporte que practica y el género, hemos comprobado que el Chi-cuadrado es altamente significativo para las actividades fútbol, lo que quiere decir que los hombres (67,78%) practican más que las mujeres (6,38%) y para la gimnasia / danza, lo que quiere decir que las mujeres (38%) practican más que los hombres (,75%). Hemos destacados las 2 actividades significativas (Tabla 3.6)

Tabla 3. 6. Estadística inferencial que relaciona AF practicada con el género

<i>Actividad Física</i>	χ^2	<i>gl</i>	<i>sig. asintótica</i>	<i>C</i>
Fútbol	54,467	4	,000	,466
Deporte de cancha	45,848	5	,403	
Natación	46,513	5	,311	
Gimnasia/danza	47,116	4	,000	,453
Caminadas, corridas, bicicletas y atletismo	48,350	5	,103	

3.2.2.1 - Declaraciones de los alumnos respecto al tipo de AF practicada

En el discurso de los alumnos en el grupo de discusión relacionado con la AF practicada, fueron percibidos algunos deportes citados más a menudo, tales y como hemos mostrado en la descripción de los Gráficos 3.4 y 3.5: los deportes de cancha, el fútbol y la natación fueron los más citados tanto por los alumnos activos como los sedentarios. Los varones afirmaban gustarles más la práctica del deporte de cancha y fútbol y las mujeres deporte de cancha y natación.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“Yo hago natación y voleibol, la natación es porque yo estaba con problemas de respiración y creí que era lo mejor para hacer, y el voleibol porque me gusta mucho” (AP-alumna).

“Yo hacía bien regularmente natación, hoy no lo hago como antes. Antes también hacía, musculación, natación y judo, entonces cuando salí de la natación, salí también de la musculación y el judo, yo entendí que no era lo que quería. La natación con certeza es la que más me gustaba” (D-alumna).

“Actualmente estoy haciendo natación, pero es solamente uno de los deportes que me gusta, también me gusta el baloncesto” (H-alumno).

“AF yo hacía en la enseñanza media, pero hoy la hago con escasa frecuencia. En el final de semana, en la playa, me gusta practicar el fútbol y voleibol” (V-alumno).

3.2.3 - Cuántas horas días y veces por semana practica Actividad Física y se controla la intensidad que practica

Respecto a cuántas horas, días y veces por semana de práctica de AF de los alumnos *activos*, los datos más representativo son: el 17,33 % de los encuestados practica 2 a 3 veces por semana / 1hr, el 16,34 % practica de 2 a 3 veces por semana / 2hrs y el 9,90% practica de 4 a 6 veces en la semana / 2hrs (Tabla 3.7).

Respecto a cuántas horas, días y veces por semana realizaban AF los alumnos que abandonaron la práctica de AF, los datos más representativo son: el 27,27% de los encuestados practica 2 a 3 veces por semana / 1h, el 19,25 % practica de 2 a 3 veces por semana / 2hrs y el 8,56 % practica de 4 a 6 veces en la semana / 2 hrs. A continuación se puede observar en la tabla cuál ha sido esta distribución (Tabla 3.7).

Tabla 3.7. Distribución de la práctica de AF de los alumnos del CEFET-PB según las horas, día y veces por semana de la practica (%)

Cuantas veces y horas por día practica/va AF	Activos		Sedentarios	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
2 a 3 x semana/1 hr	35	17,33	51	27,27
2 a 3 x semana/2 hrs	33	16,34	36	19,25
4 a 6 x semana/2 hrs	20	9,90	16	8,56
2 a 3 x semana/30 min.	18	8,9	13	6,95

Nos ha interesado, además, saber cuántas horas / días y veces por semana los alumnos *activos* practican AF y se controla la intensidad de la actividad que practica o practicaba en función del género. Las respuestas emitidas con relación a la 1ª opción (horas / días y veces por semana) nos permite afirmar que el 34,21% de los hombres y 24% de las mujeres practica AF 30 min. o más / de 4 a 7 x semana; el 65,78% de los hombres y el 76% de las mujeres, practica AF o menos de 30 min. / o de 3 a menos veces por semana (Tabla 3.8).

Aunque la inferencia no sea significativa para ningún de los dos casos, *activos* (,178) y *sedentarios* (,150) en relación a cuántas horas / días y veces por semana los alumnos practican o abandonaron la práctica de AF (*sedentarios hoy*) en función del género, con relación a 1ª opción (horas / días y veces por semana) nos permite afirmar que el 34,21% de los hombres y 24% de las mujeres practican AF 30 min. o más / de 4 a 7 x semana; el 65,8%

de los hombres y el 76% de las mujeres, practican AF o *menos de 30 min. / o de 3 a menos veces por semana* (Tabla 3.8).

Tabla 3.8. Cuántas horas / días y veces por semana los alumnos practican o practicaban AF en función del género

	Hombres		Mujeres	
	Activo	Sedentario	Activo	Sedentario
<i>AF 30 min. o más/ de 4 a 7 x semana</i>	34,21	32,95	24	23,47
<i>AF menos de 30 min. o de 3 a menos x semana</i>	65,78	65,8	76	76

La segunda opción (si controla / ba la intensidad de la actividad que practica / ba en función del género), no ha comprobado nivel de significación. Para los activos (,178), los datos más expresivos son: entre los hombres, el 57,61% dijo *sí*, que controla la intensidad, el 27,61% dijo que controla *a veces* y entre las mujeres el 50% dijo *sí*, que controla la intensidad, el 26% dijo que controla *a veces* (Tabla 3.9).

Para los alumnos que antes practicaban y abandonaron la práctica de AF (,150), entre los hombres el 61,79% dijo que controlaba *a veces* y el 24,72% dijo *sí*, que controlaba la intensidad y entre las mujeres, el 54,63% dijo que controlaba *a veces* y el 25,77% dijo *sí*, que controlaba la intensidad (Tabla 3.9).

Tabla 3.9. Control de la intensidad del esfuerzo cuando practican o practicaban AF (%)

<i>Intensidad</i>	<i>Género</i>			
	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>	
	Activo	Sedentario	Activo	Sedentario
SÍ	57,6	24,7	50	25,8
A VECES	27,8	61,8	24	54,6
NO	14,6	13,5	26	19,6

Nos ha interesado saber también la frecuencia de práctica de AF de los alumnos activos en función de la renta. Los datos más representativos son: para los alumnos que practican *30 min. / día o más de 4 a 7 veces en la semana*, el 87,5% para los alumnos con renta de 100 a 400 R y más de 800 R. Y para los alumnos que practican *menos de 30 min. o de 3 a menos x semana*, el 45 % para los alumnos con renta de 490 a 1000 R y 16,67 % para los alumnos con renta de 1100 a 1700 R.

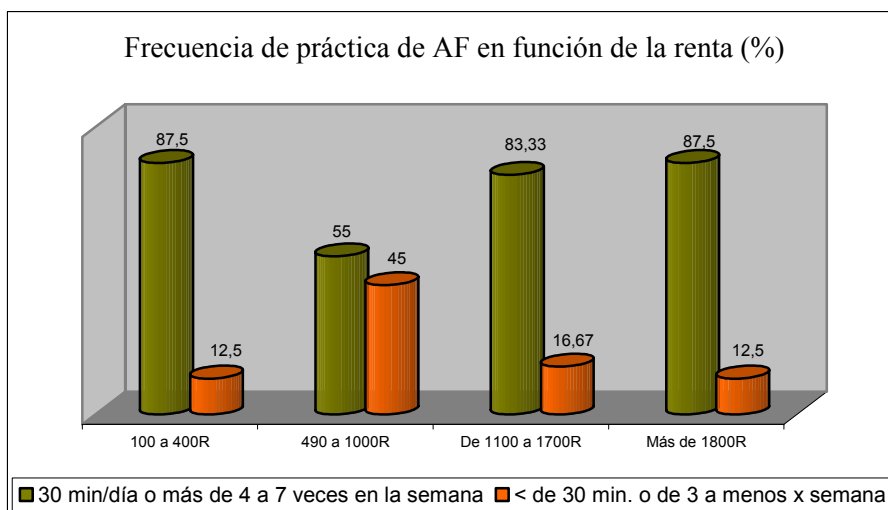


Gráfico 3.6. AF practicada en función de la renta

Al realizar la estadística inferencial que relaciona la frecuencia de práctica de AF en función de la renta familiar, hemos comprobado que el Chi-cuadrado es significativo ($\chi^2=11,563$; $gl=4$; sig. asintótica= ,021) y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es ,355, lo que quiere decir que los alumnos con mejor renta mensual presentan un porcentaje mayor en cuanto a la frecuencia de AF similar a la recomendada por la OMS (30 min. / día o más de 4 a 7 veces en la semana).

3.2.4 - Cómo son realizadas las prácticas de AF

Respecto a la dimensión cómo son realizadas las prácticas de AF por los alumnos *activos*, los datos más representativos son: el 65,84% de los encuestados practican AF *por su propia cuenta* y el 36,63% practican *como actividad del centro de enseñanza o de trabajo*. Para los alumnos *sedentarios*, los datos más representativos son: el 48,12% de los encuestados practica *como actividad del centro de enseñanza o de trabajo* y el 44,91% practica AF *por su propia cuenta* (Tabla 3.10).

Tabla 3.10. Cómo son realizadas las prácticas de AF por los activos y sedentarios (%)

Como son realizadas las practicas de AF	Nivel de practica de AF			
	Activo		Sedentario	
	Sí	No	Sí	No
En el gimnasio con orientación	27,72	72,3	33,3	66,8
Por mi cuenta (solos)	65,84	34,2	44,9	55,1
Como AF del club, asociación, etc.	24,25	75,7	24,6	75,4
Como actividad del centro de enseñanza o de trabajo	36,63	63,4	48,12	51,9

Nos ha interesado además saber cómo son realizadas las prácticas de AF en función de la renta de los alumnos activos. Las respuestas afirmativas más representativas emitidas con relación a la práctica en *gimnasio* se presentan en el siguiente orden descendente: de *490 a 1000 R* con el 29,68% y *de 1100 a 1700 R* con el 29,41%. Con relación a la práctica *por su propia cuenta*, el orden es el siguiente: *más de 1800 R* con el 71,87% y *de 490 a 1000 R* con el 70,31%. Como *AF del club, asociación, etc.*, se presenta del mayor al menor %: *más de 1800 R* con el 31,25% y *de 1100 a 1700 R* con el 29,41%. Como *actividad del centro de enseñanza o de trabajo* se presentan de mayor a menor: *de 490 a 1000 R* con el 51,56% y *de 100 a 400 R* con el 38,88% (Tablas 3.11).

Tabla 3.11. Cómo son realizadas las prácticas de AF en función de la renta, respuestas afirmativas (%)

COMO SON REALIZADAS LAS PRACTICAS DE AF	RENTA				X^2 Activos
	100 a 400 R	de 490 a 1000 R	1100 a 1700 R	Más de 1800 R	
En el gimnasio con supervisión	12,96	29,68	29,41	28,12	Gimnasio con supervisión $x^2= 16,060$ $gl= 4$ sig. asintótica= ,003 $C= ,271$
Por mi cuenta	68,52	70,31	61,76	71,87	
Como AF del club, asociación, etc.	16,66	20,31	29,41	31,25	
Como actividad del centro de enseñanza o de trabajo	38,88	51,56	26,47	21,87	
					Por mi cuenta $x^2= 12,389$ $gl= 4$ sig. asintótica= ,015 $C= ,240$

Al realizar la estadística inferencial que relaciona cómo son realizadas las prácticas de AF de los alumnos activos en función de la renta, hemos comprobado el Chi-cuadrado significativo para la práctica en gimnasio y por su cuenta, con variaciones de nivel de significación. Lo quiere decir que los alumnos con renta más alta frecuentan más el gimnasio y hacen más AF por su cuenta.

Para los alumnos que abandonaron la práctica de AF vamos a destacar los datos significativos que relacionan cómo son realizadas las prácticas de AF en función de la renta. Los dos datos que presentaron relación fueron: hacer AF en gimnasio y como actividad del centro de enseñanza o de trabajo

- ▶ Con relación al 1º, hemos comprobado al nivel de 1% de significación por el test de Chi-cuadrado que es muy significativo ($x^2= 14,428$; $gl= 4$; sig. asintótica= ,006) y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es ,268, lo que quiere decir que los alumnos sedentarios con mayor renta frecuentaban más el gimnasio que los de menor renta;

- ▶ Con relación al 2º, hemos comprobado al nivel de 1% de significación por el test de Chi-cuadrado que es muy significativo ($\chi^2 = 15,109$; $gl = 4$; sig. asintótica = ,004) y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es ,274, lo que quiere decir que los alumnos con menor renta hacían más AF como actividad del centro de enseñanza o de trabajo que los de mayor renta.

Por último nos ha interesado además saber cómo son realizadas las prácticas de AF en función del género por los alumnos activos. Se destaca una relación significativa ($\chi^2 = 3,698$; $gl = 1$; sig. asintótica = ,05; $c = ,134$): *como actividad del centro de enseñanza o de trabajo*, con el 48% para las mujeres y 32,89% para los hombres, lo que quiere decir que las mujeres hacen más AF en el centro de enseñanza que los hombres.

Para los alumnos sedentarios, destacamos las dos relaciones significativas que fueron: *por mi cuenta*, con el 60,67% para los hombres y 30,61% para las mujeres. La relación es altamente significativa ($\chi^2 = 17,036$; $gl = 1$; sig. asintótica = ,000) y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es ,289, lo que quiere decir que los hombres sedentarios hacían más AF por su cuenta que las mujeres. La segunda fue *como actividad del centro de enseñanza o de trabajo*, con el 55,10% para las mujeres y 40,45% para los hombres. La relación es significativa ($\chi^2 = 4,011$; $gl = 1$; sig. asintótica = ,04) y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es ,145, lo que quiere decir que las mujeres sedentarias hacían más AF como actividad del centro de enseñanza o trabajo que los hombres (Gráfico 3.7).

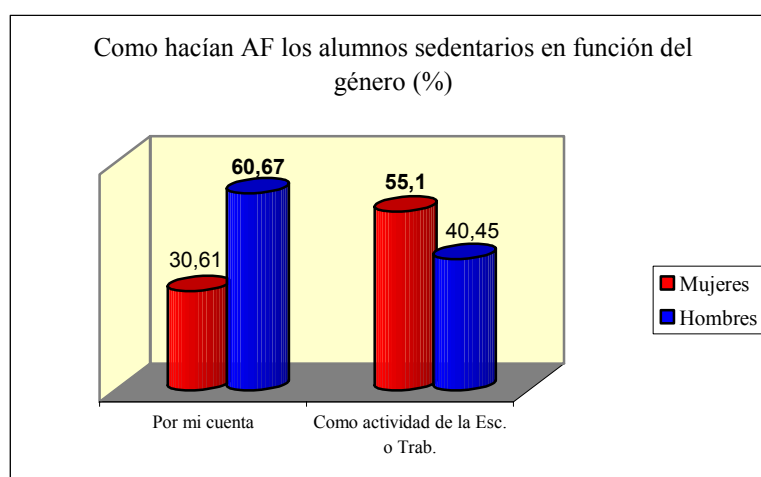


Gráfico 3.7. Como hacían AF los alumnos sedentarios en función del género

3.2.4.1 - Declaraciones de los alumnos respecto a cómo son realizadas las prácticas de AF

En el discurso de los alumnos del grupo de discusión relacionado con cómo son realizadas las prácticas de AF, los datos son muy parecidos con los mostrados en la Tabla 3.10, esto es, las opciones más citadas fueron: como actividad del centro de enseñanza o de trabajo y por mi cuenta.

Quizás por la relación existente de los CEFETs con la práctica de AF (ver apartado 1.4) con la permanencia de estos alumnos en la escuela, lo que proporciona seguir con las prácticas de AF; además de la buena estructura organizativa para la práctica de AF ofrecida por estos centros de estudios en Brasil y también por la baja condición socioeconómica de los estudiantes de la Enseñanza Técnica, que limitan la práctica de AF en los gimnasios o clubes, la gran mayoría de estos alumnos practican o practicaron AF dentro del CEFET o también algunas veces en otros espacios de ocio gratuito, como por ejemplo la playa.

Es importante destacar que los alumnos de la Enseñanza Técnica practican AF dentro del CEFET por su propia cuenta, a veces en grupos de EF de la enseñanza media o en grupos de entrenamiento (hay un profesor responsable), pero no tienen obligación curricular, ni tampoco reciben notas. Por tanto, se puede considerar que están en estos grupos por su propia voluntad.

Los datos del grupo de discusión fortalecen la teoría de que la práctica de AF entre estos alumnos es en gran proporción practicada dentro del propio CEFET-PB.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“Yo hago voleibol y natación, es aquí en el CEFET mismo. Yo empecé hace 3 meses, 2 a 3 veces en la semana y los grupos son mixtos, varones y mujeres juntos” (AP - alumna).

“Yo hacía AF aquí en el CEFET desde el comienzo del curso técnico, porque me gustaba mucho, no era obligatoria en el currículo, yo empecé la natación, pero ahora ya no hago más como hacía antes” (D - alumna).

“Yo practico aquí mismo en el CEFET, fuera yo practico a nivel de ocio, así, fútbol ocasionalmente, pero no me gusta mucho no, me dedico más a la natación y al baloncesto” (H -alumno).

“Yo salgo prácticamente todo el fin de semana para ir a la playa, practico fútbol y voleibol. Aquí en el CEFET me gusta jugar al fútbol” (V - alumno).

3.2.5 - Con quién practican AF

Respecto a la dimensión con quién practica AF, los datos más representativos para los alumnos activos son: el 74,75% de los encuestados practica AF *con grupo de amigos o compañero de estudio* y el 44,05% *depende, algunas veces solo y otras en grupo*. Para los alumnos sedentarios, los datos más representativos son: el 77,54% de los encuestados practicaba AF *con grupo de amigos o compañero de estudio* y el 41,18% *depende algunas veces practicaba solo y otras en grupo* (Tabla 3.12).

Tabla 3.12. Con quién son realizadas las prácticas de AF en los alumnos activos y sedentarios (%)

CON QUIÉN SON REALIZADAS LAS PRACTICAS DE AF	NIVEL DE PRACTICA DE AF			
	Activos		Sedentarios	
	Sí	No	Sí	No
La mayor parte de las veces solo	25,74	74,25	16,04	83,95
Con grupo de amigos/as o compañero de estudio	74,75	25,24	77,54	22,45
Con algún miembro de la familia	24,25	75,74	24,06	75,93
Depende algunas veces solo otras y en grupo	44,05	55,94	41,18	58,82

Respecto a la dimensión con quien practica AF en función del género, los datos afirmativos para los hombres son: el 80,92% de los encuestados practican AF *con grupo de amigos o compañero de estudio* y el 42,76% *depende, algunas veces solo y otras en grupo*. Para las mujeres, los datos son: el 56% de los encuestados practica AF *con grupo de amigos o compañero de estudio* y el 48% *depende, algunas veces solo y otras en grupo* (Gráfico 3.9).

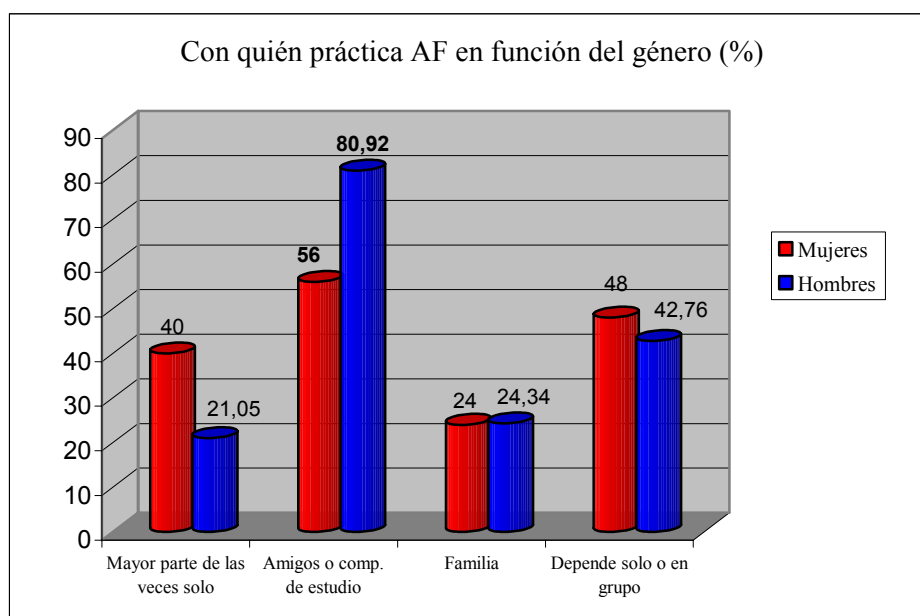


Gráfico 3.8. Con quién practica AF en función del género

Al realizar las estadísticas inferencial que relaciona con quién son realizadas las prácticas de AF para los alumnos activos en función del género, hemos comprobado el Chi-

cuadrado significativo para la opción *mayor parte de las veces solo* ($\chi^2 = 7,066$; $gl = 1$; sig. asintótica = ,008) y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es ,184, lo que quiere decir que las mujeres hacen más AF solas que los hombres. La otra opción fue *con grupo de amigos o compañero de estudio* ($\chi^2 = 12,381$; $gl = 1$; sig. asintótica = ,000) y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es ,240, lo que quiere decir que los hombres hacen más AF con amigos o compañero de estudio que las mujeres.

Al realizar la inferencia de con quién practica AF en función de la edad, fue significativa la opción con grupo de amigos, con respuesta afirmativa (si) para 78,02% de los alumnos hasta 25 años y el 45% para los alumnos con más de 26 años de edad. El test de Chi-cuadrado es muy significativo ($\chi^2 = 10,411$; $gl = 1$; sig. asintótica = ,001). Lo que significa que los alumnos más jóvenes practican más AF en grupo que los de mayor edad.

3.2.5.1- Declaraciones de los alumnos respecto a con quién son realizadas las prácticas de AF

En el discurso de los alumnos en el grupo de discusión relacionado con quién son realizadas las prácticas de AF, los datos son muy parecidos con los mostrados en la Tabla 3.12, esto es, las opciones más citadas fueron: Con grupo de amigos o compañero de estudio y depende, algunas veces solo y otras en grupo.

La totalidad de alumnos del grupo de discusión que practicaron o practican AF, el total de 6, afirmaron que practican o practicaron AF con grupos de amigos. Aunque estos alumnos sean adultos jóvenes (media de edad 23 años) y según algunos investigadores el tipo de AF más común en la población adulta son aquellas que pueden ser realizadas individualmente o en pequeños grupos sin una clase formal (Mota, 2002), esto no ocurre en el caso del CEFET. Quizás la justificación sea muy parecida a la citada en la dimensión anterior (3.2.5). Con quién realiza AF puede tener relación:

- ▶ Con la permanencia de estos alumnos en la escuela, lo que puede tener relación con vivenciar las mismas prácticas que tuvieron en la enseñanza media, que tienen los deportes colectivos como lo más representativo;
- ▶ Con la oportunidad que los alumnos del CEFET tienen de participar en los grupos de entrenamiento y de EF en la enseñanza media;
- ▶ Con la baja condición socioeconómica que no permite a estos alumnos la practica de AF individuales o en pequeños grupos en otros espacios fuera de la escuela: las caminatas, la musculación, la gimnasia del gimnasio, la natación, etc.;

- ▶ Por fin, con la escasez de espacio de ocio deportivo en sus barrios; generalmente los barrios más populares en João Pessoa se encuentran lejos de la playa y no ofrecen espacios interesantes para la práctica de AF. Y se puede decir que la situación de Cajazeiras es aún peor, ya que estamos hablando de una ciudad en la región más pobre del estado.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“Practico deporte principalmente para integrarme con mis amigos, desde niño valoré mucho la amistad. Siempre decía vamos a reunirnos para jugar al fútbol, vamos a jugar por la noche, vamos a jugar tenis de mesa en mi casa, entonces hoy aún hago juegos con mis amigos de tenis de mesa en mi casa y fútbol aquí en el CEFET” (M - alumno).

“Tengo un grupo de amigos que vive cerca de mi casa, nosotros nos reunimos siempre para” (V -alumna).

“Algunas veces en el final de semana, con un grupo de amigas, jugamos voleibol en la playa, pero no es frecuente. Cuando practico hago más aquí en el CEFET con los amigos” (D -alumna).

3.2.6 - Motivos por los que practican AF

Analizando los motivos por los que los alumnos practican AF, se encuentra un porcentaje del 86,1% de practicantes que hace AF para *mejorar la condición física*. Para *divertirse* (81,7%) es el segundo motivo por orden de importancia, el 73,8% lo *hace para mejorar la salud*. A continuación se puede observar de forma gráfica cuál ha sido esta distribución (Gráfico 3.9).

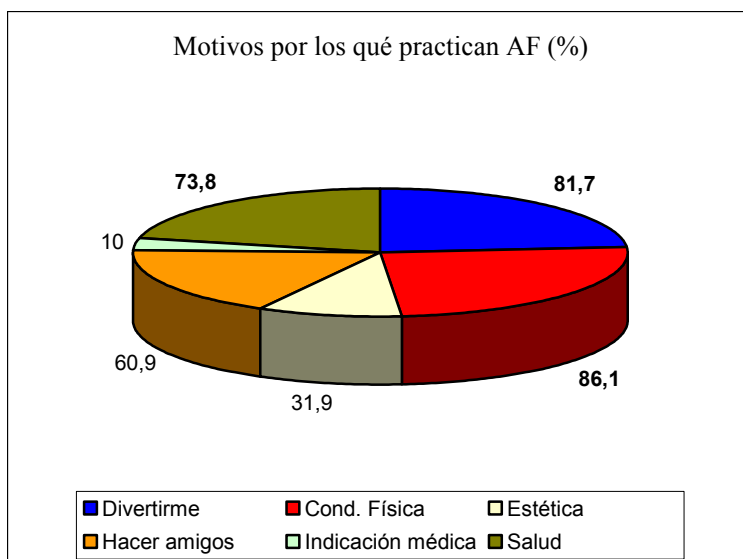


Gráfico 3.9. Motivos por los que practican Actividad Física (%)

Con relación a la edad, fue significativo para el motivo divertirse ($x^2= 10,563$; $gl= 1$; sig. asintótica= ,001, $c= ,223$) y hacer nuevos amigos ($x^2= 4,068$; $gl= 1$; sig. asintótica= ,04, $c= ,141$) con el 84,61% y 63,19% para los alumnos *hasta 25 años frente al 55% y 40% de alumnos con más de 26 años*, respectivamente.

Analizando los motivos por los que los alumnos practican AF en función del género, los datos más representativos de las mujeres frente a los hombres son: mejorar la condición física (88%), mejorar la salud (78%) y la estética (76%). Para los hombres, el dato más representativo frente a las mujeres es divertirse (84,87%). El motivo divertirse fue el único que presentó nivel de significación, lo que quiere decir que los hombres hacen AF por el motivo de divertirse más que las mujeres.

Tabla 3.13. Motivos por los que practican Actividad Física en función del género (%)

MOTIVOS	GRUPO DE PRACTICA DE AF		X^2
	Mujeres	Hombres	
Mejorar la condición física	88	85,53	<i>Divertirse</i> $x^2= 4,164$ $gl= 1$ sig. asintótica= ,04 $C= ,142$
Divertirme	72	84,86	
Mejorar la salud	78	72,37	
Estética	76	67,76	
Hacer amigos	62	60,53	
Indicación médica	14	8,55	

3.2.6.1 - Declaración de los alumnos respecto a los motivos por los que practican AF

En el grupo de discusión con relación a los motivos por los que practican Actividad Física, de los cuatro alumnos que hacen AF, aunque de forma poco frecuente, todos hablaron

de la salud como motivo principal; tres, además de la salud hablaron de la condición física como el motivo principal y uno habló del divertimento.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“Yo creo que la condición física es importante. A veces hago trabajo voluntarios de construcción que son pesados, entonces percibo que no siento tanto cansancio porque practiqué mucho tiempo AF. Siento más resistencia física y me veo más sano. Pero, hoy, como no hago con frecuencia AF, no me siento tan bien como en la época que era activo, antes sentía más disposición.” Yo práctico deporte principalmente para integrarme con mis amigos, para divertirme, aquí en el CEFET juego al fútbol con ellos, pero sin ninguna obligación, lo mismo antes, cuando tenía obligación, siempre me gustó jugar” (M -alumno).

“Veo más beneficio para mi cuerpo con la natación, pero hago también voleibol por divertimento, para relajarme, yo lo necesito porque hacer dos cursos aquí es muy estresante” (AP -alumna).

“La hora libre que yo tengo la aprovecho para hacer AF para relajarme, para mejorar mi salud, es la única forma de evitar esta correría toda del día a día” (H - alumno).

3.2.7 - Motivos del abandono de la práctica de AF

Analizando los motivos del abandono de la práctica de AF, se encuentra para el motivo 1º, con un porcentaje de 47% de alumnos que abandonaron la práctica de AF, *porque el estudio o el trabajo exigen mucho* y en segundo lugar con el 16,21% *no tener motivación*. Para el motivo 2º, el 34,59% abandonaron *por falta de tiempo libre* y en segundo lugar está *la falta de motivación y el estudio o trabajo exige mucho* con 10,27%. A continuación se puede observar de forma gráfica cuál ha sido esta distribución (Gráfico 3.10).

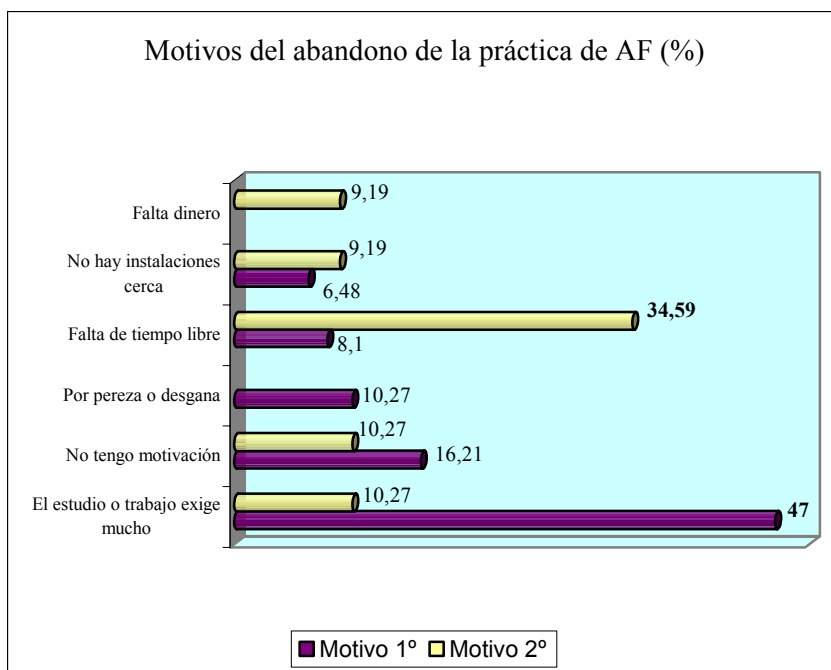


Gráfico 3.10. Motivos del abandono de la práctica de AF (%)

Aunque no tenga nivel de significación, analizamos los motivos del abandono de la práctica de AF con relación al género. Se encuentra para el motivo 1º *el trabajo o estudio exige mucho*, con un porcentaje de 49% para las mujeres y 43,82% para los hombres; en segundo lugar estuvo *no tener motivación*, con el 16,33% para las mujeres y 15,73% para los hombres. Como 2º motivo, en primero lugar, se tiene *la falta de tiempo* con el 35,05% para las mujeres y el 34,09% para los hombres; en segundo lugar se tiene *no tener motivación y el trabajo o estudio exige mucho* con el 11,34% para las mujeres y el 9,09% para los hombres.

3.2.7.1 - Declaración de los alumnos respecto a los motivos por los qué abandonaron la práctica de AF

Los alumnos de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB, como ya fue dicho anteriormente (3.1.7, situación laboral) y corroborado por los datos del grupo de discusión, son alumnos que tienen otra actividad en otro turno, como por ejemplo trabajo, pasantía o estudio en la Universidad, otro curso técnico, en el nivel tecnológico, etc. Es percibido de forma clara el estrés diario que estos alumnos tienen por tener tantas actividades. En los datos del grupo de discusión se puede percibir.

Algunos de los comentarios representativos en el grupo de discusión comprueban esta afirmación:

“... tengo una vida muy corrida, tanto es así que para participar de una cosa tengo que cancelar otras, salgo de casa a las 5:30 hs y

vuelvo a las 23.30 hs, solamente duermo 4 hs por día, me quedo muy cansado” (H - alumno).

“Yo hago electrónica, pero estoy con la matrícula ahora en edificación y el próximo período voy a empezar telecomunicación, no se cómo que voy a hacer con todo esto, no quiero ni pensarlo ahora...” (M - alumno).

“... yo llego aquí en el CEFET por la mañana a las 6:30 y salgo a las 18:00 hs y cuando llego en casa a las 20:00 hs, estoy cansado, no puedo ni estudiar” (AP - alumna).

Con relación a los motivos del abandono de la practica de AF, solamente dos alumnas de las siete del grupo hacían y abandonaron, pero algunos alumnos que están en el grupo de activos también hablaron de por qué algunas veces abandonaron la práctica de AF.

Los motivos del abandono son muy parecidos a los de la descripción en el Gráfico 3.10: la exigencia del trabajo o estudio, no tener tiempo libre, además de la salud, la vergüenza, la pereza y la desgana son los motivos más comentados.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“...lo que me influyó en el abandono de la práctica de AF fue un problema de salud en la piel, fue al médico y él dijo que me alejara por un tiempo. Mi cuerpo pide que yo haga AF, pero yo mismo perdí el estímulo” (D - alumna).

“Este año no estoy haciendo nada, hasta el año pasado yo practicaba voleibol y balonmano, pero un problema de salud me dejó alejada, pero quiero volver. Sinceramente me gustaría volver, pero en el momento no, estoy estudiando mucho, no tengo tiempo. ...Creo que de verdad es por pereza que no volveré a practicar AF...” (C - alumna).

“Paré un poquito de hacer AF, pero tengo que hacerlo, paré porque estaba muy apretado el tiempo con los estudios, hago dos cursos, pero voy a volver, porque ahora me gusta. Yo soy muy tímida y tengo vergüenza de hacer ejercicio, esto me dejó alejada, pero yo tengo que dejar estas cosas” (AP - alumna).

3.2.8 - Motivos por los que nunca hicieron AF

Analizando los motivos por los que nunca hicieron AF, se encuentra, para el motivo 1° con un porcentaje de 35,18% de alumnos que nunca practicaron AF *por no tener tiempo* y en segundo lugar con el 22,22% *por pereza o desgana*. Para el motivo 2°, el 26,53% nunca practicó *por pereza o desgana* y en segundo lugar tenemos *por falta de instalación deportiva* y *por salir muy cansado del trabajo o escuela* con 20,41%. A continuación se puede observar de forma gráfica cuál ha sido esta distribución (Gráfico 3.11).

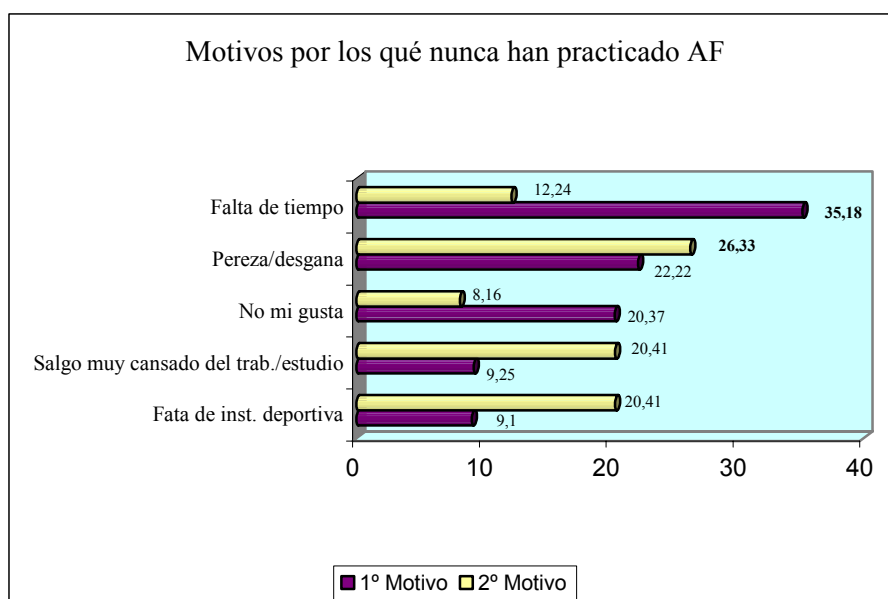


Gráfico 3.11- Motivos por los que nunca han practicado AF (%)

Aunque no tenga nivel de significación (,162) analizamos el motivo 1° por los que nunca han practicado AF con relación al género. Se encuentra para el motivo 1° *no tengo tiempo* con un porcentaje de 44,44% para las mujeres y 16,66% para los hombres; en segundo lugar fue *por pereza o desgana* con el 33,33% para los hombres y 16,66% para las mujeres. Como 2° motivo, en primero lugar, se tiene *por pereza o desgana* con el 27,78% para las mujeres y 16,66% para los hombres; en segundo lugar fue *la falta de instalación deportiva* y *salir muy cansado del trabajo o escuela* con el 19,44% para las mujeres y el 16,66% para los hombres.

3.2.8.1 - Declaración de los alumnos respecto a los motivos por los que nunca hicieron AF

En el discurso de los alumnos en el grupo de discusión relacionado con los motivos por los que nunca hicieron AF, se sigue una tendencia muy parecida a las informaciones descritas en el Gráfico 3.11: la falta de tiempo, la desgana, el estrés del día a día y además fue citada la cuestión de la salud. Solamente uno de los siete alumnos del grupo nunca hizo AF.

Algunos de los comentarios representativos son:

“...Yo generalmente no practico deporte debido a problemas de salud, yo tengo asma, oí decir que la natación es buena para la respiración, pero nunca hice AF....Yo me despierto muy temprano a las 4:30 de la mañana, empiezo a trabajar y estudiar los dos períodos y vivo muy lejos de la escuela, tengo que coger dos autobuses para llegar. ... El tiempo corrido perjudica mi sueño y también los estudios, generalmente no estudio cuando llego por la noche en casa, estoy cansado. En este momento, mi salud general no está muy buena, me siento cansado, estresado, es la vida corrida del día a día” (T-alumno).

3.2.9 - Perspectivas futuras hacia la práctica de Actividad Física

Analizando las perspectivas futuras hacia la práctica de AF, encontramos para una *perspectiva positiva* un porcentaje de 88,9% y *negativa* de 11,1%. Para completar los datos sobre este indicador, se añade subdivisiones dentro de la perspectiva positiva, esto es, los alumnos señalaron que pretendían seguir haciendo, volver o empezar a hacer AF con las siguientes intenciones: *sencillamente practicar AF* con el 38,6%, *para mejorar la salud* con el 27% y *para mejorar la condición física* con el 18,9%.

A continuación se puede observar de forma gráfica cuál ha sido esta distribución (Tabla 3.14).

Tabla 3.14. Perspectiva futura hacia la práctica de AF (%)

<i>SUBDIVISIÓN DE LA PERSPECTIVA POSITIVA</i>	<i>Positiva</i>	<i>Negativo</i>
	88,9	11,1
Sencillamente hacer AF	38,6	
Mejorar la salud	27	
Mejorar la condición física	18,9	
Divertirse	2,4	
Estética	2	

Profundizando en los datos de estas subdimensiones positivas y la dimensión negativa relacionados con los niveles de AF (activos y sedentarios) observamos que las opciones más representativas para los alumnos activos son: *mejorar la condición física* con el 72,63%, seguido de *mejorar la salud* con el 69,11% y *divertirme* con el 58,33%.

Para los alumnos sedentarios se presentan: *no tener ninguna perspectiva futura relacionada con la práctica de AF* con el 85,71%, seguido de *sencillamente hacer AF* con el 72,63% y *mejorar la estética* con el 50%.

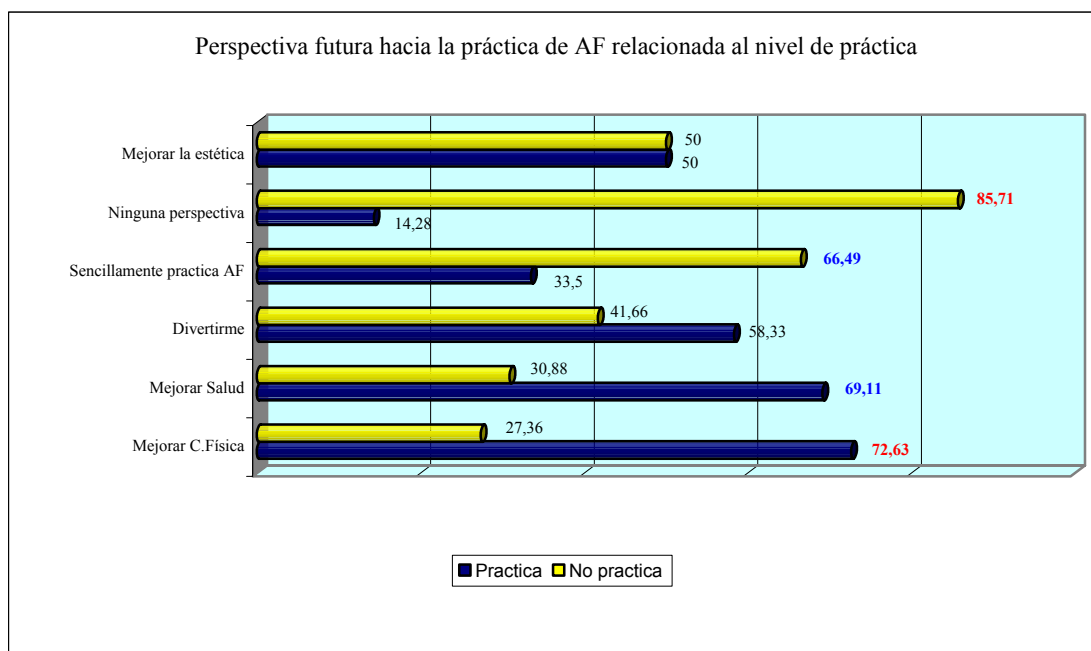


Gráfico 3.12- Perspectiva futura hacia la práctica de AF relacionada al nivel de práctica (%)

3.3 - LAS ACTIVIDADES DE OCIO PRACTICADAS EN EL TIEMPO LIBRE

Respecto a la variable relacionada con la actividad de ocio practicada en el tiempo libre, los datos más representativos son: el 92,8% de los encuestados afirman *estar con la familia en su tiempo libre*, el 92,5% *afirma leer libros / revistas, ver TV, escucha música o radio*, el 60,6% afirman *estar con el / la novio / a* y el 48,6% afirman *hacer AF / deporte* (Gráfico 3.13).

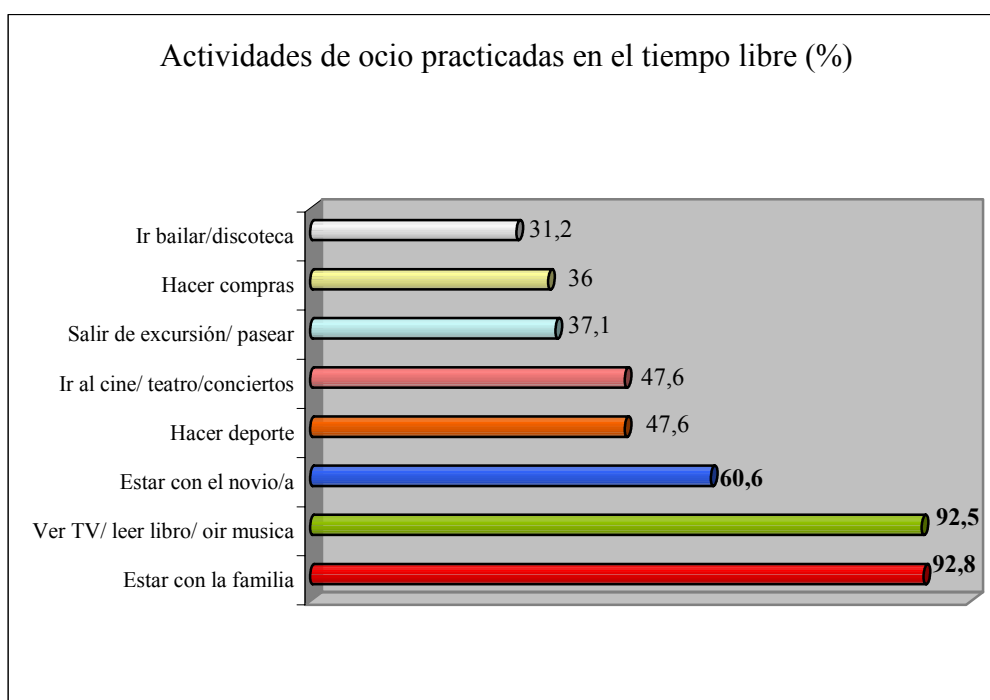


Gráfico 3.13. Actividades de ocio practicadas en el tiempo libre (%).

Profundizando más en las inferencias, en esta investigación, la única actividad de tiempo libre que tiene relación con la edad ($p = ,004$), es ir al cine / teatro / conciertos. Con relación a las actividades de ocio practicadas en el tiempo libre que tienen significación con el nivel de práctica de AF (ser activo o sedentario) es *practicar deporte, estar con el/ la novio /a y hacer compras* (Tabla 3.15).

Tabla 3.15. Practicar AF en el tiempo libre con relación al nivel de práctica (%)

Actividades en el tiempo libre	HACER AF		X ²
	Practico	No practico	
1-Practica deporte	86,14	17,08	1- $x^2 = 209,370$; gl=1; $p \leq ,000$ c= ,567
2-Estar con mi novio	68,81	53,75	
3-Hacer compras	30,69	40,42	2- $x^2 = 10,425$; gl=1; $p \leq ,001$ c= ,152
Total	202	240	
			3- $x^2 = 4,503$; gl=1 ; $p \leq ,02$ c= ,100

Fue analizado también, las actividades de ocio que eran significativas relacionadas con el género. Las actividades que muestran esta relación son: salir de excursión / pasear, ir a bailar / ir a la discoteca, ir de compras, estar con el novio / a y hacer deporte (Tabla 3. 16).

Tabla 3.16. Actividades de ocio relacionadas con el género (%)

Género	SALIR DE EXCURSIÓN/PASEAR	X ²
Hombres	41,08	x ² = 4,209; gl=1; sig. asintótica= ,04 c= ,097
Mujeres	31,52	
	IR BAILAR/ IR A DISCOTECAS	X ²
Hombres	26,74	x ² = 5,786; gl=1; sig. asintótica= ,01 c= ,114
Mujeres	37,5	
	IR DE COMPRAS	X ²
Hombres	25,19	x ² = 66,19; gl=1; sig. asintótica= ,000 c= ,257
Mujeres	51,09	
	ESTAR CON EL NOVIO	X ²
Hombres	25,19	x ² = 16,498; gl=1; sig. asintótica= ,000 c= ,190
Mujeres	51,09	
	HACER DEPORTE	X ²
Hombres	62,80	x ² = 16,498; gl=1 ; sig. asintótica= ,000 c= ,190
Mujeres	28,80	

Hemos analizado, además, la diferencia de actividades de tiempo libre con relación a la ciudad. Los alumnos de João Pessoa pasan más tiempo *con la familia* (94,11%) que los alumnos de Cajazeiras (88,23%) presentando un nivel de significación de $p < 0.05$; los alumnos de João Pessoa (54,12%) van más *al cine / teatro/ conciertos* que los alumnos de Cajazeiras (23,52%), presentando un nivel de significación de $p < 0.000$. Los alumnos de Cajazeiras (50,98%) van más *a bailar / discoteca* que los alumnos de João Pessoa (25,29%), presentando un nivel de significación de $p < 0.000$;

3.3.1 - Declaración de los alumnos respecto a las actividades del tiempo libre

En las declaraciones de los alumnos, en el grupo de discusión relacionado con la práctica de ocio en el tiempo libre, fueron percibidos algunos factores, en los cuales algunas características fueron citadas más a menudo. Estas características hacían referencia a la persona con quién comparten el tiempo de ocio, qué actividad prefieren hacer, y cómo la hacen, entre otras. La religión fue una característica muy fuerte en este grupo. Aunque cada uno pertenecía a una religión diferente, no hubo muchos conflictos, pero fue un tema muy hablado por muchos de ellos.

Los datos abordados en el grupo de discusión no son muy diferentes de los mostrados en el Gráfico 3.13, donde las actividades pasivas están en las primeras posiciones, y aunque la práctica de deporte esté en 4ª posición en los datos descriptivos, no se sabe hasta qué punto estas prácticas son sólo una participación con amigos o una práctica con volumen e intensidad mínima para obtención de beneficios para la salud. En la declaración de un alumno

queda clara la intención de participar de la práctica de AF con amigos, mucho más para estar con el grupo, charlando y en compañía de los amigos que para participar realmente del deporte.

Otra característica muy fuerte en las declaraciones es el cansancio que estos alumnos alcanzan tras una semana tan intensa. Muchos de ellos hacen más de un curso, lo que es normal en el CEFET, en algunos casos están en la Universidad y haciendo algún curso técnico o tecnológico en el CEFET, o bien estudiar y trabajar.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“En mi caso, mi final de semana no tiene nada con practicar AF, normalmente yo aprovecho para hacer otras cosas, quedarme con la familia,...a veces jugamos al voleibol con amigas, pero no es común.” (D - alumna).

“...la única hora que estoy en casa es por la noche, entonces es cuando las personas me llaman para hablar conmigo o voy a ver una película, un programa en la tele. Lo necesito por causa de mi universidad, tengo que estar siempre informado. Mi sábado y domingo por la tarde son sagrados para descansar, pero a veces para que yo pueda hacer esto, tengo que cancelar otros compromisos, porque además de este trabajo que tengo, durante el final de semana yo coordino a los jóvenes en la iglesia que frecuento, yo soy evangélico. ... Generalmente yo coordino estas cosas en la iglesia y eso ocupa todo mi domingo, y el sábado por la tarde es sagrado ir al cine, todos los fines de semana me gusta ir” (H - alumno).

“Yo estudio por la mañana, a veces suelo entrar por la noche en la Internet, me quedo hasta tarde, esto pasa más en los finales de semana. ... Me acuesto tarde, yo me quedo viendo el informativo, y me gusta mucho leer, ver películas, mantenerme informado. También hago trabajo voluntario, a veces viajo para ir a ayudar en las construcciones por la iglesia, nuestros salones del reino son construidos por voluntarios, también en los finales de semana hago predicaciones, soy testigo de Jehová. Yo diría que en 1º lugar en mi vida están las actividades religiosas, doy prioridad a ellas, también

salgo con mis amigos, alquilamos una cancha para jugar al fútbol, aunque a veces yo no voy a jugar, sólo participar, ... jugamos al tenis de mesa aquí en mi casa, los viernes ” (M - alumno).

“...Mis finales de semana son para descansar, ya no voy para una fiesta u otra cosa por esto, es el único tiempo que tengo para descansar,... dejo para entrar en la Internet sábado o el domingo por la tarde. También voy a la misa el fin de semana y quiero participar en la coral. Yo no tengo tiempo, llego a casa por la noche muy cansada, veo la tele, el informativo, oigo la radio poco, por falta de tiempo mismo, el tiempo es sólo para estudiar. En el final de semana yo paso la mayor parte del tiempo con mi familia, porque durante la semana paso todo el tiempo aquí en el CEFET, entonces estar en casa ya es un ocio” (AP - alumna).

“Me gusta más estar con mi familia, con mis amigos, estudiar, y descansar.... Me gusta mucho dibujar, estar cerca de las personas que me gustan, yo dedico mi fin de semana exclusivamente para esto, estar con las personas que me gustan y haciendo lo que me gusta...me gusta dibujar, conversar, leer e ir a la iglesia.(C - alumna).

3.4 - LA EDUCACIÓN FÍSICA / DEPORTE QUE HAN TENIDO EN LA ENSEÑANZA MEDIA

Respecto a las características de la EF en la enseñanza media se aprecia los siguientes resultados (ver resumen en la Tabla 3.17):

Los alumnos que *practicaban EF* presentan el mayor porcentaje (60,6%), seguidos de los *dispensados* (24,2%), los que *practicaban deporte en la escuela* (7,7%) y los que *practicaban AF fuera de la escuela* (7,2%).

Con relación a la frecuencia de práctica de la EF en la enseñanza media, los de mayor frecuencia son: los que hacen *una a dos veces por semana* con el 53,4%, seguido de los que hacen *tres veces en la semana* con el 37,4%, *cuatro veces en la semana* con el 7,7%, y *una vez en la semana* con el 1,5%.

En cuanto a la percepción de las clases de EF en la enseñanza media, el porcentaje más representativo fue para los alumnos que le *han gustado* con el 51,2%, seguido de los que le *gustaron mucho* con el 27,8%, *indiferente* con el 8,7%, *no ha gustado* con el 9% y *no le gusto nada* con el 3%..

La influencia de la EF en el estilo de vida de los alumnos del CEFET-PB presenta un perspectiva más negativa (66,65%) que positiva (33,62%). Esta dimensión presenta los siguientes resultados: *poca influencia* con el 36,8%, *bastante* con el 17,4%, *nada de influencia* con el 16,8%, *mucha* con el 16,5% y *muy poca* con el 12,3%.

Relacionando los datos de la autopercepción de la EF en la enseñanza media en función de la influencia de esta práctica en el estilo de vida, se encuentra una relación altamente significativa ($\chi^2= 147,178$; $gl= 16$; sig. asintótica= ,001, $c=, 554$).

A partir de estos datos, pensamos en la necesidad de profundizar en la relación de estas variables a través de la técnica de análisis de correspondencia que, además de indicarnos el sentido, nos lo representa gráficamente superponiendo todas las categorías de respuestas de ambas variables, haciendo más fácil y accesible su interpretación.

Así aplicamos el ANACOR entre la autopercepción de la EF en función de la influencia en el estilo de vida. Dichos resultados se aprecia en el siguiente gráfico.

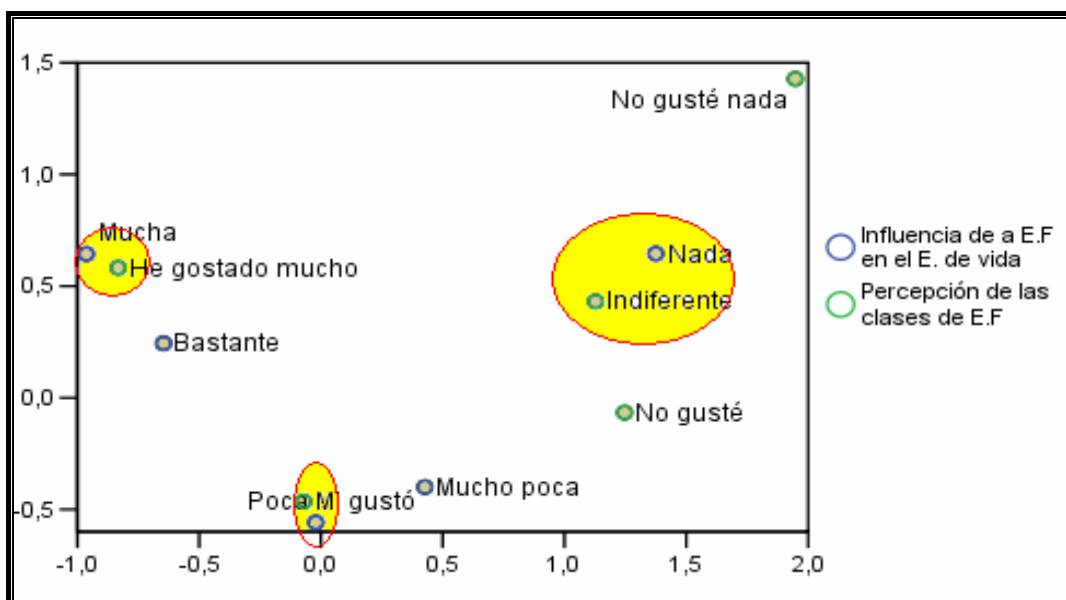


Gráfico 3.14. Autopercepción de la EF en correspondencia con la influencia en el estilo de vida (%)

Se aprecia de forma clara que los alumnos que tienen una percepción de *tener gusto* por la EF en la enseñanza media (EM) son aquellos que tienen una correspondencia con creer

poco en la influencia de la EF en la EM; los alumnos que tienen una percepción de tener *mucho gusto* de la EF en la enseñanza media son aquellos que tienen una correspondencia con creer *mucho* en la influencia de la EF en el estilo de vida, y por fin para los alumnos que son indiferente a la EF de la EM tienen una correspondencia de no creer *nada* en dicha influencia.

Se puede decir, en este caso, que la forma en que los alumnos percibieron la EF en la EM tiene correspondencia en cómo ellos sienten su influencia en el estilo de vida, lo que significa que los alumnos que tienen una percepción más positiva de la EF en la EM creen en una mayor influencia de ésta en su estilo de vida.

A continuación, exponemos en la Tabla 3.17 los datos de las características de la práctica de la EF en la enseñanza media.

Tabla 3.17. Características de la práctica de la EF en la Enseñanza Media

CARACTERISTICAS DE LA PRACTICA DE LA EF EN LA ENSEÑANZA MEDIA	Frecuencia	Porcentaje (%)
GRUPO DE LA EF		
1. Dispensado	108	24,2
2.Dispensado por practicar deporte en la escuela	34	7,7
3. Practicaba EF	268	60,6
4.Practicaba AF fuera de la escuela	32	7,2
FRECUENCIA DE LA PRACTICA DE EF		
1. Una a dos veces por semana	175	51,92
2. Tres veces en la semana	122	36,2
3.Cuatro veces en la semana	25	7,41
4. Una vez en la semana (clase teórica)	5	1,48
5.NS/NC	11	3,26
PERCEPCIÓN DE LAS CLASES DE EF EN LA ENSEÑANZA MEDIA	93	27,67
1. He gustado mucho	171	50,89
2. Mi gustó	31	9,2
3.Indiferente	31	9,2
4.No gusté	11	3,27
5.No gusté nada		
INFLUENCIA DE LA EF EN EL ESTILO DE VIDA		
POSITIVA	113	33,62
NEGATIVA	224	66,65
1.Mucha	55	16,36
2.Bastante	58	17,26
3. Poca	124	36,90
4.Muy poca	41	12,2
5. Nada	59	17,55

Relacionando los datos de las características de la EF en la enseñanza media en función de las variables sociodemográficas, no se presentó ninguna variable con nivel de significación. A pesar de ello, al considerar la renta, llamó la atención cuando se hizo la inferencia con la frecuencia de EF en la EM ($p \leq ,151$). Comparando los alumnos de menor renta con los de mayor, los porcentajes más elevados de frecuencia de *1 a 2 veces en la semana* fueron el 52,5% para los de renta de 100 a 480 R y el 40,42% para los de renta de más de 1800 R. Sin embargo, para las prácticas *de más de 3 veces en la semana*, los porcentajes mayores fueron para los de renta de más de 1800 R (59,57%), comparados con los de renta de 100 a 480 R (47,5%).

En lo que se refiere a los grupos de EF en la enseñanza media en función de la renta, aunque los datos sean representativos ($p \leq 0,29$), para los alumnos *dispensados* los porcentajes más característicos son para los alumnos con menor renta (de 100 a 400 reales, el 38,75%), comparados con los de rentas más altas (más de 1800 reales, el 12,73%). Para los alumnos que hacían *deporte en la escuela* los porcentajes más representativos son para los alumnos con mayor renta (más de 1800 reales, el 16,36%) comparado con de renta más baja (de 100 a 400 reales, el 3,54%). Para los alumnos que hacían AF fuera de la escuela, los porcentajes más representativos son: los alumnos con renta de 490 a 1000 reales (9,70%), seguidos de los alumnos con renta de más de 1800 reales (7,28%). Para los alumnos que hacían EF en la escuela, los datos son similares.

Profundizando en los datos que relacionan la práctica de EF en la enseñanza media en función del nivel de AF, los resultados más representativos para los alumnos activos presentan porcentajes de: 64,70%, para los alumnos *practicantes de deporte en la escuela* y 50,75% para los alumnos que *practicaron EF en la enseñanza media*. Los que no practican AF presentan los siguientes datos: *dispensado* con el 74,07% y practicaban *AF fuera de la escuela* con el 50% (Gráfico 3.15).

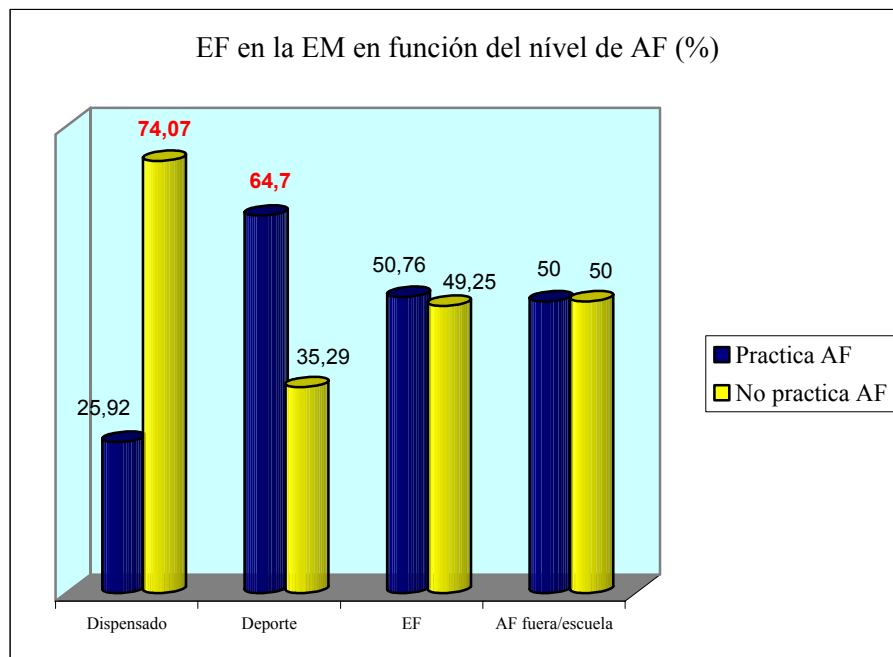


Gráfico 3.15. EF en la enseñanza media en función del Nivel de AF

Al realizar la estadística inferencial que relacionan las dimensiones del grupo de práctica de AF en función de la EF en la enseñanza media, hemos comprobado que el Chi-cuadrado es altamente significativo ($\chi^2 = 24,955$; $gl = 3$; sig. asintótica = ,000) y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es ,231. Lo que significa que los alumnos activos presentan porcentajes mayores de práctica de deporte y EF en la EM frente a los sedentarios y estos presentan porcentajes mayores de dispensa de la práctica de EF frente a los activos.

Sin embargo, nos ha interesado saber los datos que relacionan la frecuencia de práctica de EF en la enseñanza media en función del nivel de AF. Los resultados más representativos para los *alumnos activos* son: el 46,15%, para los alumnos que *practicaron 1 a 2 veces en la semana*, 41,42% para los que *practicaron 3 veces en la semana* y el 10,65% para los que *practicaron 4 veces en la semana*. Para los que no practican hoy día, los datos son: el 61,15%, para los alumnos que *practicaron 1 a 2 veces en la semana*, el 33,12% para los que *practicaron 3 veces en la semana*, y el 4,46% para los que *practicaron 4 veces en la semana* (Tabla 3.18).

Tabla 3.18. Frecuencia de práctica de EF en la enseñanza media en función del nivel de práctica de AF (%)

FRECUENCIA DE EF	NIVEL DE AF		X
	Practico	No practico	
1 a 2 x semana	46,15	61,15	$\chi^2 = 32,065$; $gl = 3$; $sig. asintótica = ,02$ $c = ,165$
3 x semana	41,42	33,12	
4 x semana	10,65	4,46	
1 x semana /clase teórica)	1,77	1,27	
Total	169	157	

Relacionando los datos del grupo de practica de la EF en la enseñanza media en función de la frecuencia de esta práctica, se encuentra una relación muy significativa ($\chi^2 = 16,452$; $gl = 4$; $sig. asintótica = ,002$, $c = ,217$).

A partir de estos datos, creemos en la necesidad de profundizar en la relación de estas variables a través de la técnica de análisis de correspondencia. Así aplicamos el ANACOR entre el grupo de practica de la EF en la enseñanza media, en función de la frecuencia de esta práctica. Dichos resultados se aprecia en el siguiente gráfico.

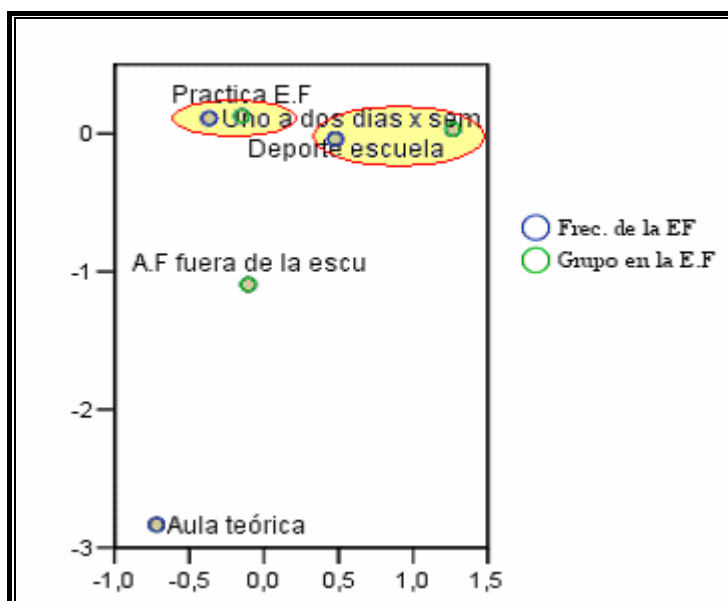


Gráfico 3.16. Grupo de practica de la EF en la enseñanza media en correspondencia con la frecuencia de esta práctica

Se aprecia de forma clara que los alumnos que practicaron EF en la EM tienen una correspondencia con la frecuencia de práctica de EF de 1 a 2 veces en la semana y los alumnos que hacían deporte presentan una correspondencia con la frecuencia de 3 a 4 veces en la semana.

3.4.1 - Declaración de los alumnos respecto a práctica de EF en la Enseñanza Media

En la declaración de los alumnos en el grupo de discusión relacionados con la práctica de la EF en la enseñanza media fueron percibidos algunos factores, en los cuales algunas características fueron citadas más a menudo. Estas características hacían referencia la obligación de la práctica de la EF en la enseñanza media, falta de estímulo hacia esta práctica, la estructura física, una perspectiva positiva de esta practica en la enseñanza media, a los profesores de EF, a los contenidos de las clases, la frecuencia semanal de las clases y la influencia en la vida actual de los alumnos.

Los alumnos que formaron parte del grupo de discusión, de forma general, practicaron EF en la enseñanza media y solamente uno hacía, además de la EF, otra Actividad Física extra escolar.

La obligatoriedad de la práctica de EF en la enseñanza media fue citada por algunos de los alumnos, además de la falta de motivación y estímulo para practicar esta actividad.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“Bien, yo practicaba también EF, pero era así por obligación, en aquella época no me gustaba, no me preocupaba por la cuestión de la salud y sólo practicaba porque era obligado por la escuela ... y nosotros practicábamos también el mismo tipo de actividad, voleibol, balonmano, atletismo, y no me gustaba mucho” (D - alumna).

“... Solo iba con aquel grupo de amigos, cuando faltaba uno, nosotros nos íbamos quedando más sin estímulo, entonces nos quedábamos totalmente sin estímulo .. incluso porque allí donde hacíamos no había estructura, el suelo era de tierra, entonces no nos gustaba” (D - alumna).

“Yo también practicaba en la escuela, pero no me gustaba mucho” (AP - alumna).

“... por ejemplo: natación, yo sabía nadar todos los estilos, entonces yo tenía que llegar allí y volver a hacer todo aquello que yo ya sabía, esto me sacaba el estímulo para seguir en la natación” (M - alumno).

Algunos alumnos mostraron una perspectiva positiva de la EF en la enseñanza media, ellos dijeron que la práctica de algunas actividades era placentera. Las actividades citadas más a menudo eran los deportes de cancha. Además fue citado que estas actividades ayudaban a motivar el día escolar (muy cargado de informaciones teóricas) y también en algún momento reconocen que el aburrimiento que sentían en esta época era muy característico de la adolescencia.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“Mira, me gustaba en el comienzo, hasta que no me gustaba mucho no, pero ... la profesora fue estimulando y al final me gustaba” (C - alumna).

“Me gustaba mucho jugar al voleibol, cuando era voleibol me gustaba, pero cuando era parte de aeróbica, este negocio me quedaba tímida” (AP - alumna).

“...el fútbol de cancha me gustaba, porque era más relajado y frecuentaba todas las clases. Siempre me gustó, era una forma de romper el clima de estudiar y me gustaba frecuentar las clases” (M - alumno).

“...nosotras estábamos en la época de la adolescencia, era del tipo que, si fuera obligación, a nosotros no nos gustaba, la EF era obligación, una materia obligatoria. ... la profesora era buena, nos estimulaba, nos daba fuerza para seguir, pero nosotras éramos difíciles” (D - alumna).

Con relación a los profesores de EF de la enseñanza media, los alumnos mostraron una perspectiva más positiva que negativa. Una alumna destacó la cuestión de falta de formación de la profesora en el área de la EF y otro la dificultad del profesor en tratar con los alumnos que ya tenían habilidades en determinadas prácticas por hacer deporte extraescolar.

Con relación a los contenidos de las clases está muy claro en el discurso de los alumnos que el deporte es el contenido principal, por no decir el único. La frecuencia semanal de las clases era de 2 a 3 veces por semana.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“La profesora era muy buena, ella intentaba estimular, incluso porque nosotros vivíamos un poco distante de la escuela y ella nos daba mucha fuerza...” (D - alumna).

“...la profesora también no era formada en EF, era en matemática, que no tenía nada que ver, entonces nosotras hacíamos todo así, no era cierto, la forma que hacíamos no me agradaba” (AP - alumna).

“...el profesor?, no tenía nada contra él, pero había alumnos que ya sabían el deporte y él no sabía actuar. Como yo ya tenía experiencia de practicar deporte, yo percibía que el profesor no sabía cómo trabajar con estos alumnos” (M - alumno).

“El deporte que hacíamos era voleibol, balonmano y atletismo, me gustaba más el voleibol” (C - alumna).

“...nosotras practicábamos voleibol, balonmano y atletismo, y no me gustaba mucho” (D - alumna).

“...frecuentaba clases 3 veces en la semana, siempre me gustó mucho...” (M - alumno).

“La frecuencia de la EF era 2 veces en la semana, entonces así, solo iba aquel grupo de amigos...” (D - alumna).

En cuanto a la influencia de la EF de la enseñanza media en los hábitos de vida actual de los alumnos, muy a menudo los alumnos no relacionaron dicha influencia.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“...hoy en día, yo busco hacer AF por la cuestión de la salud, o sea porque veo que es necesario hacer EF, practicar alguna AF, pero no influyó en nada hoy en día, la EF que tuve, busqué hacer por otros motivos, así ha venido de mi misma” (D - alumna).

“Yo diría que de la enseñanza media muy poco, creo que ha venido de antes de la enseñanza media, del período en que yo practicaba deporte, entonces todo esto, sumado con la enseñanza media contribuyó con los hábitos de deporte de hoy, pero solo la enseñanza media, muy poca cosa” (M - alumno).

3.5 - CONOCIMIENTO TEÓRICO SOBRE LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA APTITUD FÍSICA HACIA LA SALUD Y SU APLICACIÓN PRÁCTICA

Con relación a los datos de esta variable, el número medio de aciertos y errores fue de *10 para 20 preguntas (dev.típ. 2,75)*, así pues, se puede decir que la *nota media fue 5*. Con relación a la cantidad de respuestas correctas, los porcentajes más representativos fueron: los alumnos que acertaron de 9 a 12 respuestas con el 52%, de 13 a 16 con el 28,3% y de 5 a 8 con el 17%, de 17 a 20 (el número máximo de respuestas correctas fue 17) con el 1,6%.

Tabla 3.19.Cantidad de respuestas correctas

<i>Asertos</i>	<i>FR</i>	<i>%</i>
De 1 a 4	5	1,1
De 5 a 8	75	17
De 9 a 12	230	52
De 13 a 16	125	28,3
De 17 a 20	7	1,6
Total	442	100

Con relación a los aciertos y errores en las preguntas teóricas, las respuestas que tuvieron el porcentaje más representativos son: *P.17* con el 92,5% de aciertos, *P.18* con el 91,4% y *P.4* con el 88,9%. Para las respuestas erradas los datos más representativos son: *P. 6* con el 97,1% de errores, *P.2* con el 84,8% y *P.3* con el 80% (Tabla 3.20).

Tabla 3.20.- Aciertos y errores por pregunta

<i>PREGUNTAS</i>		<i>FR</i>	<i>%</i>
P.1- Para un joven ganar fuerza, la mejor actividad es la natación.	Aciertos	122	27,6
	Errores/no lo se	320	72,4
P.2- Las partes de la sesión de Educación Física son: calentamiento, estiramiento y deporte.	Asertos	67	15,2
	Errores/no lo se	375	84,8
P.3- La frecuencia cardiaca máxima teórica de un sujeto con 20 años es de 50 pulsaciones por minuto	Aciertos	88	19,9
	Errores/no lo se	354	80
P.4- Debemos hacer estiramiento solamente antes de actividades físicas intensas	Aciertos	393	88,9
	Errores/no lo se	49	11,1
P.5- La mejor manera de hacer abdominal es: flexionando las rodillas y levantando el tronco moderadamente(separar las escápulas del suelo).	Aciertos	216	48,9
	Errores/no lo se	226	51,1
P.6- Saber las pulsaciones durante la actividad física se utiliza para: conocer a frecuencia con que respiras.	Aciertos	13	2,9
	Errores/no lo se	429	97,1
P.7- En la musculación podremos hacer ejercicios de resistencia y fuerza muscular.	Aciertos	320	72,4
	Errores/no lo se	122	27,6
P.8- Cuando estas haciendo caminata la respiración más adecuada: es la que inspira (toma aire por la boca) y espira (echa el aire) por la nariz.	Aciertos	250	56,6
	Errores/no lo se	192	43,4

Tabla 3.20.- Aciertos y errores por pregunta (continuación)

<i>PREGUNTAS</i>		<i>FR</i>	<i>%</i>
P.9- Para una persona que esta con sobre peso, las actividades de resistencias aeróbica moderadas son las ideales.	Aciertos	207	46,8
	Errores/no lo se	235	53,2
P.10- El sudor que expelimos durante el ejercicio es quema de grasas.	Aciertos	102	23,1
	Errores/no lo se	340	76,9
P.11- La adecuada posición de la columna vertebral depende fundamentalmente del desarrollo muscular del: músculo cuádriceps y abdominal	Aciertos	69	15,6
	Errores/no lo se	373	84,4
P.12- Gimnasia localizada son buenos ejercicios de resistencia muscular.	Aciertos	189	42,8
	Errores/no lo se	253	57,2
P.13- Las actividades muy intensas son las mejores para la salud.	Aciertos	330	74,7
	Errores/no lo se	112	25,3
P.14- Los músculos y los huesos son componentes de la composición corporal.	Aciertos	344	77,8
	Errores/no lo se	98	22,2
P.15- Si quiero mejorar mi salud las actividades aeróbicas moderadas son más adecuadas que las actividades aeróbicas intensas.	Aciertos	237	53,6
	Errores/no lo se	205	46,4
P.16-- El ideal es hacer estiramiento antes y después del ejercicio.	Aciertos	388	87,8
	Errores/no lo se	54	12,2
P.17- Solo necesita hacer abdominales quien tiene mucha barriga.	Aciertos	409	92,5
	Errores/no lo se	33	7,5
P.18- El estiramiento antes de las actividades físicas puede evitar lesiones	Aciertos	404	91,4
	Errores/no lo se	38	8,6
P.19- Las actividades de relajación son adecuadas para iniciar la actividad física como parte del calentamiento.	Aciertos	104	23,5
	Errores/no lo se	338	76,5
P.20- La resistencia aeróbica y la movilidad articular son componentes físicos más importantes para la salud que la velocidad y la agilidad.	Aciertos	167	37,8
	Errores/no lo se	275	62,2

Respecto a las dimensiones de las respuestas correctas relacionado con la renta, la estadística inferencial que relaciona las dos dimensiones es significativa ($,01$) y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es $,258$. Este resultado nos ha llevado a profundizar más en dicha relación, a través de un análisis de correspondencia (Gráfico 3.17).

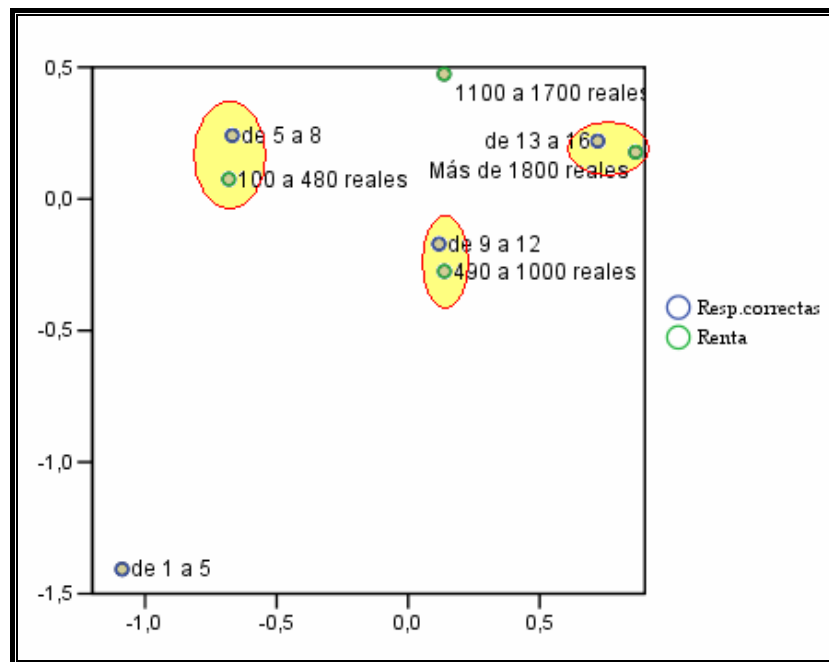


Gráfico 3.17. Respuestas correctas en correspondencia con la renta

Se puede apreciar, según la profundidad en el gráfico de las diferentes categorías de respuestas, que los alumnos con rentas de más de 1800 reales acertaron de 13 a 16 preguntas, con renta de 490 a 1000 reales acertaron de 9 a 12 preguntas y los alumnos con renta de 100 a 480 reales acertaron de 5 a 8 preguntas, lo que significa que existe una correlación de la renta familiar más alta con el número de respuestas contestadas correctamente.

Para los alumnos que acertaron una media de 70% de las respuestas, los datos son más representativos para los alumnos con formación profesional (43,75%), con formación universitaria (20%) y de la enseñanza media (17,5%).

Respecto a las dimensiones de respuestas correctas en función del estudio concluido, la estadística inferencial que relaciona las dos dimensiones es significativa ($,03$) y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es $,192$. Este resultado nos ha llevado a profundizar más en dicha relación, a través de un análisis de correspondencia (Gráfico 3.18).

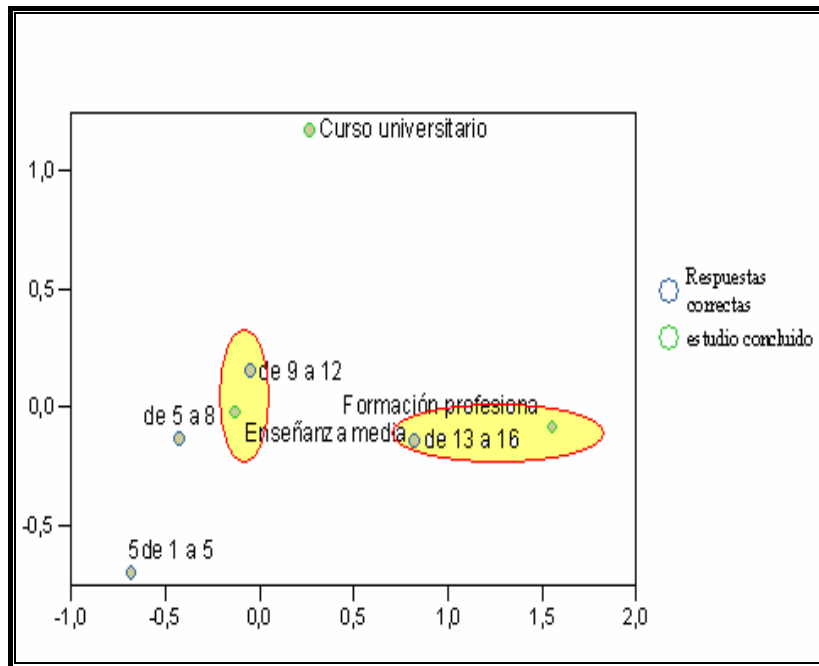


Gráfico 3.18. Respuestas correctas con correspondencia con el nivel estudio concluido

Se puede apreciar, según la profundidad en el gráfico de las diferentes categorías de respuestas, que los alumnos con la enseñanza profesional concluida presentaron mayores números de aciertos de 13 a 16, y los alumnos con la enseñanza media concluida presentaron entre 9 a 12 respuestas correctas. Lo que significa que los alumnos con el nivel de enseñanza profesional concluido son los que más acertaron las preguntas. Los alumnos con curso universitario representan solamente 2,3%, lo que es un número muy pequeño para presentar correspondencia.

Asimismo, hemos analizado la relación de las respuestas correctas en función del nivel de AF. Para los alumnos que practican AF, el 51,48% acertaron de 9 a 12 respuestas y el 24,26% de 13 a 16. Para los que no practican AF, el 51,25% acertaron de 9 a 12 respuestas y el 31,25% de 5 a 8 (Tabla 3.21).

Tabla 3.21. Respuestas correctas en función del nivel de AF (%)

RESPUESTAS CORRECTAS	NIVEL DE AF		X ² x ² = 10,182; gl= 4; sig.asintótica= ,037 c= ,150
	Practico	No practico	
De 1 a 4	1,48	2,08	
De 5 a 8	22,77	31,25	
De 9 a 12	51,48	51,25	
De 13 a 16	24,26	14,58	
De 17 a 20	-	0,83	

Al realizar la estadística inferencial que relacionan las dimensiones, respuestas correctas en función del nivel de práctica de AF, hemos comprobado que el Chi-cuadrado es

significativo, lo que significa que los alumnos activos son los que acertaron mayor cantidad de preguntas.

3.6 - VARIABLE RELACIONADA A LOS HÁBITOS DE VIDA SANOS DE LOS ALUMNOS DEL CEFET-PB

3.6.1 - EL CONSUMO DE TABACO

Respecto a la dimensión que caracteriza el consumo de cigarrillo, los datos más representativos son (Tabla 3.22):

- ▶ Los alumnos que *nunca han probado* cigarrillo presentan un porcentaje de 92,5% y los que *ya han probado* cigarrillo el 7,5%. Profundizando en los datos de los que han probado, el 5,2 *antes fumaba ahora no* y el 2,3 *fuma actualmente*;
- ▶ En cuanto *al tiempo que fuma*, el 50% fuma *de 1 a 5 años* y el 40% *de 6 a 10 años*;
- ▶ Respecto a cuántos cigarrillos fuman al día, el 60% fuma *de 1 a 5 / día* y el 30% *media cajetilla / día*.

Tabla 3.22. Características en cuanto al consumo de cigarrillo

<i>Características cuanto al consumo de cigarrillo</i>		FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
GRUPO DE CONSUMO DE CIGARRILLO	-Fumo actualmente	10	2,3
	-Antes fumaba ahora no	23	5,2
	-Nunca he fumado	409	92,5
HA CUANTO TIEMPO FUMA	-Menos de 1 año	1	10
	-De 1 a 5 años	5	50
	-De 6 a 10 años	4	40
CUANTOS CIGARRILLO FUMA AL DÍA	-De 1 a 5/día	6	60
	-Media cajetilla/diaria	3	30
	-1 Cajetilla diaria	1	10

A continuación vamos a profundizar en los resultados de algunas variables sociodemográficas que condicionan el hábito de haber probado el cigarrillo; los datos más representativos son (Tabla 3.23):

- ▶ Los hombres (9,30%) han probado más el tabaco que las mujeres (4,89%);
- ▶ Los alumnos con más de 31 años (38,88%) son los que más han probado el tabaco;

- ▶ Los alumnos de João Pessoa (8,53%) han probado más tabaco que los alumnos de Cajazeiras (3,85%);
- ▶ Los casados (28,20%) son los alumnos que más han probado el tabaco;
- ▶ Los alumnos del turno nocturno (8,8%) son los que más han probado tabaco;
- ▶ Los alumnos con la enseñanza profesional (12,5%) concluida son los que más han probado tabaco;
- ▶ Los alumnos que trabajan (11,04%) son los que más han probado el tabaco;
- ▶ Los alumnos con mayor renta, más de 1800 reales (16,36%), son los que más han probado el tabaco.

Tabla 3.23. Distribución del consumo de tabaco según algunas características sociodemográficas (%)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		Ha Consumido tabaco	No ha consumido tabaco	N	X ²
GENERO	-Varones	9,30	90,69	258	,58
	-Mujeres	4,89	95,11	184	
EDAD (años)	-Menos de 20 años	3,55	96,45	197	,000
	-De 21 a 25 años	9,14	90,56	197	c=
	-De 26 a 30 años	3,44	96,56	29	,315
	-Mas de 31 años	38,88	61,12	18	
LUGAR DE RESIDENCIA	-Joao Pessoa	8,53	91,47	340	,85
	-Cajazeiras	3,85	96,08	102	
ESTADO CIVIL	- Soltero	5,47	94,53	402	,000
	- Casado/ compañero	28,20	71,79	39	c=
	- Separado/ divorciado	-	100	1	,239
TURNO	-Mañana	8,3	91,66	132	,305
	-Tarde	4,27	95,73	117	
	-Noche	8,8	91,2	193	
NIVEL DE ESTUDIOS	-Enseñanza media	6,5	93,5	400	,01
	-Formación profesional	12,5	87,5	32	c=
	-Curso universitario	30	70	10	,142
SITUACIÓN LABORAL	-Trabaja	11,04	88,96	163	,016
	-No trabaja	5,07	94,93	276	c=,135
RENTA	-100 a 480 reales	3,53	96,47	113	,058
	-490 a 1000 reales	7,27	92,73	165	
	-1100 a 1700 reales	8,77	91,23	57	
	-Más de 1800 reales	16,36	83,64	55	
	-NS/NC	5,88	94,12	51	

Respecto a las dimensiones del consumo de cigarrillos relacionados con el consumo de alcohol (si ha bebido alcohol alguna vez), los datos más representativos son: el 100% de

los que fuman actualmente y que antes fumaban y ahora no ha bebido alcohol alguna vez, lo que quiere decir que todos los alumnos que han probado (dejaron o fuman actualmente) el cigarrillo ha probado el alcohol. (Tabla 3.24).

Tabla 3.24. Grupo de consumo de cigarrillo relacionado con haber bebido alcohol

GRUPO DE CONSUMO DE CIGARRILLO	HA BEBIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ		X^2
	Sí	No	
Fumo actualmente	100	-	$x^2= 17,953$; gl= 2; sig. asintótica= ,000 c= ,198
Antes fumaba ahora no	100	-	
Nunca he fumado	63,81	36,19	

Respecto a las dimensiones del consumo de cigarrillos relacionado con la frecuencia del consumo de alcohol, la estadística inferencial que relaciona las dos dimensiones es muy significativa ($,000$) y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es $,251$. Este resultado nos ha llevado a profundizar más en dicha relación, a través de un análisis de correspondencia (Gráfico 3.19).

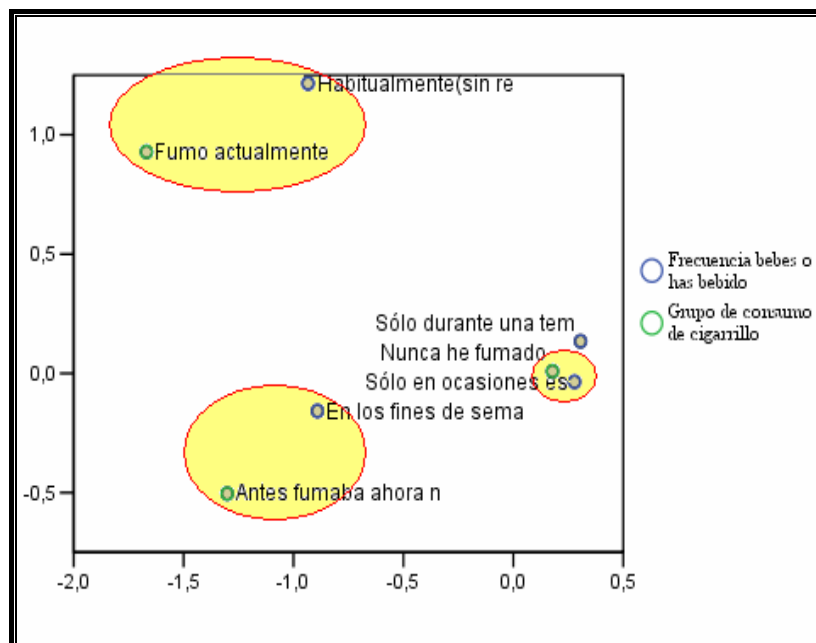


Gráfico 3.19. Grupo de consumo de cigarrillo correlacionado con el consumo de alcohol

Se puede apreciar, según la profundidad en el gráfico de las diferentes categorías de respuestas, que los alumnos que fuman actualmente beben habitualmente, los que nunca han fumado sólo beben en ocasiones especiales y los que dejaron de fumar beben más en los finales de semana, lo que significa que el hábito de beber tiene correspondencia con el hábito de fumar.

3.6.1.1 - Declaración de los alumnos respecto al consumo de cigarrillos

En las declaraciones de los alumnos en el grupo de discusión relacionado con el consumo de cigarrillos siguen una tendencia muy parecida con las informaciones descritas en las Tablas 3.22, esto es, de los siete alumnos del grupo ninguno ha fumado cigarrillo, pero dos alumnos afirmaban tener madres que fuman de toda la vida. Los alumnos citaron varios factores, entre los cuales hubo dos que fueron citados muy a menudo. Estas características hacían referencia al repudio al consumo del cigarrillo, a este uso por parte de los padres, perspectiva negativa de fumar un día y al motivo de porqué no fumar.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“Bien, con relación al cigarrillo, nunca fumé, ni pretendo hacerlo, hasta porque tengo alergia, infelizmente mi madre fuma desde los 12 años de edad, y toda la vida yo le pedí que no fume y ella me dijo mi que yo no fume, haz lo que digo, pero no haga lo que hago (V - alumno).”

“Yo, con relación al cigarrillo, no lo soporto, siento el olor de lejos, es una cosa que me aleja, no me gusta para nada, nunca lo experimenté” (AP - alumna).”

“En cuanto al cigarrillo nunca hubo problema, no tengo nada en contra de quien le gusta, pero nunca me gustó” (D-alumna).”

“En cuanto al cigarrillo, generalmente no fumo. Nunca fumé.”(T - alumno).”

“En cuanto al cigarrillo, lo detesto, no pretendo nunca participar de ello, a pesar que mi madre toda la vida ha fumado, desde que yo estaba en su barriga, ...es cierto que por esto yo adquirí hasta una dificultad para respirar, ...yo siento que mis pulmones pesan a la hora de respirar, tengo repulsa al cigarrillo” (H - alumno).”

“Mis hábitos de vida reflejan mucho a mis padres, y con esto no tengo nada que reclamar, no tengo ningún problema con el cigarrillo, no fumamos (M - alumno).”

3.6.2 - EL CONSUMO DE ALCOHOL

Respecto a la dimensión que caracteriza el consumo de alcohol, los datos más representativos son (Tabla 3.25):

- ▶ Los alumnos que *han consumido* alcohol presentan un porcentaje de 66,5% y los que *no han probado* alcohol el 33,5%. Los alumnos que *consumen alcohol actualmente* presentan un porcentaje de 55,9%;
- ▶ En cuanto a la *frecuencia con la que bebe o bebía*, el 39,8% *bebe sólo en ocasiones especiales*, el 14,3% *bebe sólo finales de semana* y el 10,9% *ha bebido sólo durante una temporada*;
- ▶ En cuanto a *autopercepción de la cantidad de alcohol que bebe*, el 46,96% *dijo poca* y el 31,98% *muy poca*;
- ▶ *En total, en cuanto al tiempo que ha bebido*, el 51,42% *dijo de 1 a 5 años*, el 23,26% *menos de 1 años* y el 18,36% *más de 5 años a 10 años*;
- ▶ *En cuanto al tipo de bebida consumida*, los datos más representativos son: con el 33,19% *la cerveza es la bebida consumida con más frecuencia*; con el 76,51 *los vinos / cava son las bebidas consumidas ocasionalmente* y con el 66,39% *los combinados son el tipo consumido raramente*;
- ▶ *En cuanto a la cantidad de alcohol que suele ingerir cuando bebe*, el 43,52% *beben de 1 a 3 vasos*, el 20,64% *beben de 4 a 6 vasos*, y el 18,22% *más de 10 vasos*.

Tabla 3.25.- Frecuencia y porcentaje de las características en cuanto al consumo de alcohol

CARACTERÍSTICAS EN CUANTO AL CONSUMO DE ALCOHOL		FRECUENCIA			PORCENTAJE		
Grupo de consumo de alcohol	-Ha bebido	294			66,5		
	-No ha bebido	148			33,5		
Frecuencia que bebe o has bebido	-Habitualmente	8			1,8		
	-Fines de semana	6			14,3		
	-Sólo en ocasiones especiales	176			39,8		
	-Sólo durante una temporada, ahora no	48			10,9		
Autopercepción que bebe		19			7,6		
	-Mucha	33			13,36		
	-Bastante	116			46,96		
	-Poca	79			31,98		
Tiempo que bebe	-Muy poca						
	- Menos de 1 año	57			23,26		
	- De 1 a 5 años	126			51,42		
	- Más de 5 años a 10 años	45			18,36		
	- Más de 10 años	17			6,93		
		N	O	F	N	O	F
Tipos de bebida consumida	-Cerveza	29	136	82	11,74	55,06	33,19
	-Whiskis/vodka/ron/etc.	83	13	31	33,60	5,26	12,55
	-Licores/martines/campare	139	99	8	56,27	40,08	3,23
	-Vinos/cavas	41	189	17	16,59	76,51	6,88
	-Combinados	164	73	10	66,39	29,55	4,04
Cantidad que bebe (vasos)	-De 1 a 3 vasos	108			43,72		
	-De 4 a 6 vasos	51			20,64		
	-De 7 a 10 vasos	43			17,41		
	-Más de 10 vasos	45			18,22		

N- Nunca; O- Ocasionalmente y F- Frecuentemente.

Respecto al grupo de consumo de alcohol relacionado con las características sociodemográficas, los datos más representativos son (Tabla 3.26):

- ▶ Los hombres (75,19%) han probado más alcohol que las mujeres (54,34%);
- ▶ Los alumnos con más de 31 años son los que más han probado el alcohol;
- ▶ Los alumnos de Cajazeiras (73,52%) han probado más alcohol que los alumnos de João Pessoa (64,41%);
- ▶ Los separados / divorciados (100%) y casados (87,17%) son los alumnos que más han probado el alcohol;
- ▶ Los alumnos del turno nocturno (69,94%) son los que más han probado alcohol;

- ▶ Los alumnos con la enseñanza profesional (78,12%) concluida son los que más han probado alcohol;
- ▶ Los alumnos activo (71,78%) en el mercado de trabajo son los que más han probado alcohol;
- ▶ Los alumnos con mayor renta, más de 1800 reales (74,54%), son los que más han probado alcohol.

Tabla 3.26. Distribución del consumo de alcohol según algunas características sociodemográficas (%)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		Ha Consumido alcohol	No ha consumido alcohol	N	X ²
GENERO	-Varones	75,19	24,81	258	,000 c=,213
	-Mujeres	54,34	45,65	184	
EDAD (años)	-Menos de 20 años	61,92	38,07	197	
	-De 21 a 25 años	69,54	30,45	197	
	-De 26 a 30 años	68,96	31,03	29	
	-Mas de 31 años	83,33	16,66	18	
LUGAR DE RESIDENCIA	-Joao Pessoa	64,41	35,58	340	
	-Cajazeiras	73,52	26,47	102	
ESTADO CIVIL	- Soltero	64,42	35,57	402	,01 c=,139
	- Casado/ compañero	87,17	12,82	39	
	- Separado/ divorciado	100	-	1	
TURNO	-Mañana	67,42	32,57	132	
	-Tarde	59,82	40,17	117	
	-Noche	69,94	30,05	193	
NIVEL DE ESTUDIOS	-Enseñanza media	65,5	34,5	400	
	-Formación profesional	78,12	21,87	32	
	-Curso universitario	70	30	10	
NIVEL DE ESTUDIOS	-Enseñanza media	65,5	34,5	400	
	-Formación profesional	78,12	21,87	32	
	-Curso universitario	70	30	10	
SITUACIÓN LABORAL	-Activo	71,78	28,22	163	
	-No activo	63,76	36,23	276	
	-Otros	33,33	66,66	3	
RENTA	-100 a 480 reales	66,37	33,63	113	
	-490 a 1000 reales	64,24	35,76	165	
	-1100 a 1700 reales	68,42	31,58	57	
	-Más de 1800 reales	74,54	25,45	55	
	-NS/NC	62,74	37,25	51	

En cuanto al tiempo que han bebido en función del género ($p= 0,000$), los *hombres* han bebido 29,85% durante (> de 6 años) más tiempo que las *mujeres* con el 16,01%. En

cuanto a la autopercepción de lo que bebe en relación al género ($p= 0,000$), los *hombres* (26,66%) presentan porcentajes mayores que las *mujeres* (9,74%) para los que perciben que beben mucho o bastante.

A continuación vamos a profundizar en los resultados del género con la cantidad de alcohol que suele ingerir cuando bebe, y el tipo de bebida consumida.

Respecto al género y la cantidad de alcohol que suele ingerir cuando bebe, los datos más representativos son (Tabla 3.27):

- ▶ Entre los hombres el 30,30% bebe de *1 a 3 vasos* y el 24,85% *más de 10 vasos*;
- ▶ Entre las mujeres 70,73% bebe de *1 a 3 vasos* y el 18,29% *de 4 a 6 vasos*.

Respecto al género y el tipo de bebida consumida los datos más representativos son (Tabla 3.27):

- ▶ *Frecuentemente* los hombres beben más *cerveza* (41,21%), que las mujeres (17,07%);
- ▶ *Ocasionalmente* los hombres beben más *vinos / cavas* (76,96%).que las mujeres (75,61%);
- ▶ *Nunca* ha tenido el mayor porcentaje de mujeres para la opción *combinados* (67,07%) que de hombres (66,06%).

3.27. El género relacionado con la cantidad de alcohol que suele ingerir cuando bebe y el tipo de bebida consumida

GÉNERO	CANTIDAD DE VASOS				X ²
	1 a 3	4 a 6	7 a 10	Más de 10	
Hombres	30,30	21,82	23,03	24,85	x ² = 41,819; gl= 3; sig. asintótica= ,000 c=, 381
Mujeres	70,73	18,29	6,1	4,88	
	FRECUENCIA DEL CONSUMO			X ²	
	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente		
	CERVEZA			Cerveza x ² = 33,440; gl= 2; sig. asintótica= ,000 c= ,345	
Hombres	4,24	54,54	41,21		
Mujeres	26,83	56,09	17,07		
	WHISKIS/VODCA A/RON/AGUADIENTE/COÑAC			Whiskis/Vodca, etc. x ² = 9,890; gl= 2; sig. asintótica= ,007 c= ,196	
Hombres	27,27	57,57	15,15		
Mujeres	46,34	46,34	7,3		
	LICORES/MARTINIS/CAMPARE				
Hombres	59,75	37,80	2,43		
Mujeres	50	45,12	4,88		
	VINOS/CAVAS				
Hombres	16,97	76,96	6,06		
Mujeres	15,85	75,61	8,53		
	COMBINADOS				
Hombres	66,06	29,09	4,85		
Mujeres	67,07	30,48	2,44		

A continuación vamos a profundizar en los resultados de algunas características del consumo de alcohol que representaron nivel de significación entre ellas.

Respecto a las dimensiones de autopercepción del que bebe, correlacionado con la cantidad que suele beber en vasos, la estadística inferencial que relaciona las dos dimensiones es muy significativa ($,000$) y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es $,649$. Este resultado nos ha llevado a profundizar más en dicha relación, a través de un análisis de correspondencia (Gráfico 3.20).

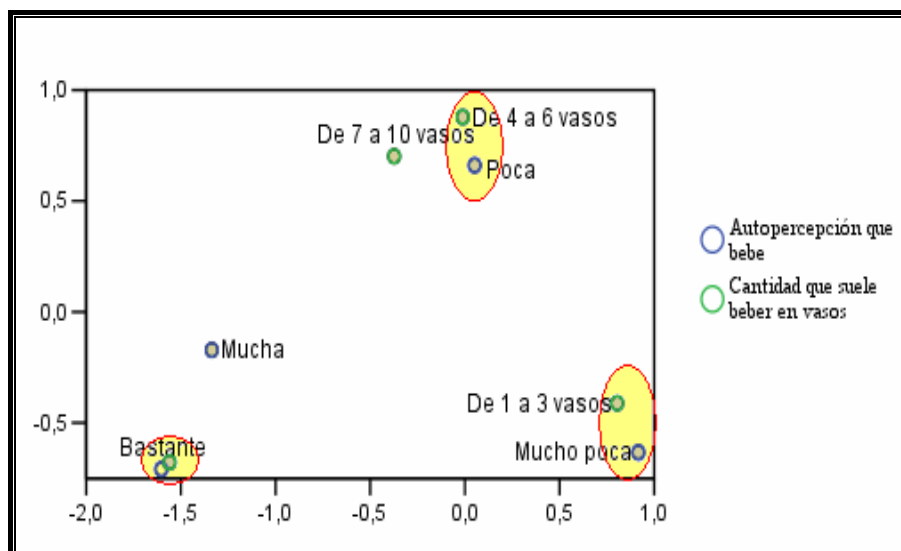


Gráfico 3.20. Autopercepción que bebe en correspondencia con la cantidad que suele beber en vasos

Se puede apreciar, según la profundidad en el gráfico de las diferentes categorías de respuestas, que beber bastante tiene relación con beber más de 10 vasos, beber poco tiene relación con beber de 4 a 6 vasos y beber mucho poco tiene correlación con beber de 1 a 3 vasos, lo que significa que los alumnos que tienen una autopercepción que beben más alcohol beben más cantidades de vasos.

Respecto a las dimensiones de la frecuencia que suele ingerir alcohol relacionado con la autopercepción de que bebe, la estadística inferencial que relaciona las dos dimensiones es altamente significativa ($,000$) y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es $,495$. Este resultado nos ha llevado a profundizar más en dicha relación, a través de un análisis de correspondencia (Gráfico 3. 21).

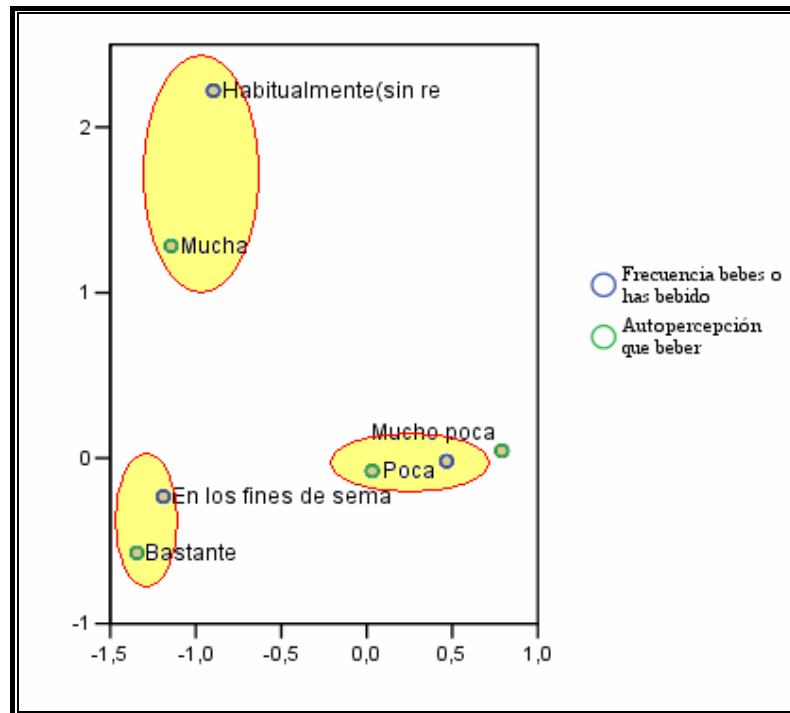


Gráfico 3.21. Autopercepción que bebe en correspondencia con la frecuencia que bebe

Se puede apreciar, según la profundidad en el gráfico de las diferentes categorías de respuestas, que beber en ocasiones especiales tiene correspondencia con beber poco, que beber en los finales de semana tiene correspondencia con beber bastante y beber habitualmente tiene correspondencia con beber mucho, lo que significa que los alumnos que beben con mayor frecuencia tienen una autopercepción que beben más.

Respecto a las dimensiones de la frecuencia que suele ingerir alcohol relacionado con la cantidad de vasos que suele ingerir cuando bebe, la estadística inferencial que relaciona las dos dimensiones es altamente significativa ($,000$) y el tamaño de la relación medido por el coeficiente de contingencia es $,495$. Este resultado nos ha llevado a profundizar más en dicha relación, a través de un análisis de correspondencia (Gráfico 3. 22).

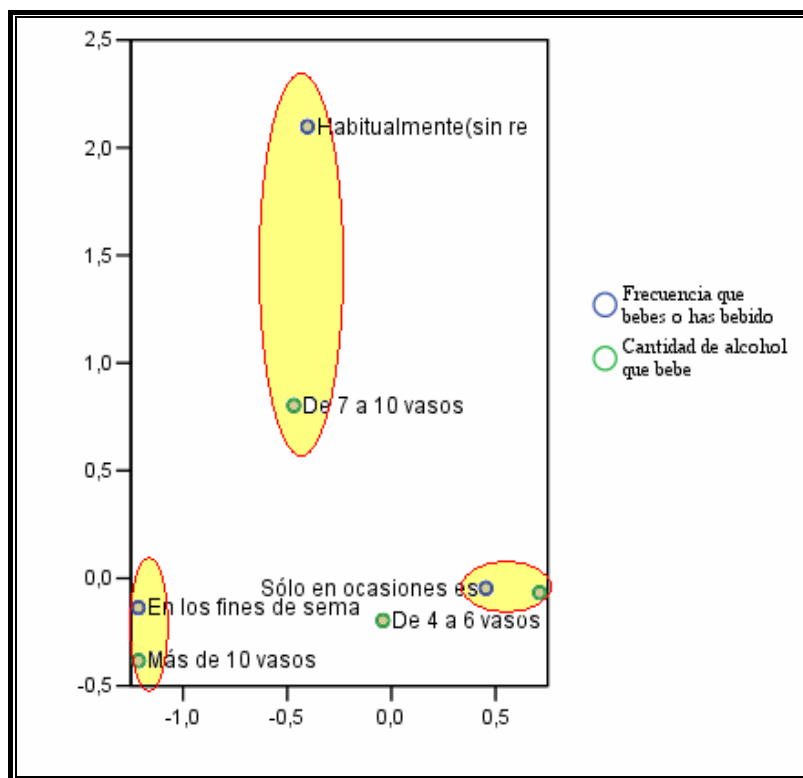


Gráfico 3.22. Frecuencia que suele ingerir alcohol en correspondencia con la cantidad de alcohol que suele ingerir cuando bebe.

Se puede apreciar, según la profundidad en el gráfico de las diferentes categorías de respuestas, quien bebe sólo en ocasiones especiales se corresponde con beber de 1 a 3 vasos, que quien bebe en los finales de semana se corresponden con beber más de 10 vasos y quien bebe habitualmente se corresponde con beber de 7 a 10 vasos, lo que significa que los alumnos que beben con mayor frecuencia beben mayores cantidades de vasos.

A continuación se muestran los resultados del nivel de AF y la autopercepción de la condición física que representaron nivel de significación con el consumo de alcohol.

Es importante destacar que no son significativos los datos que relacionan la práctica de AF con el consumo de alcohol actualmente. Y además solamente la autopercepción de la condición física presenta significación con el consumo de alcohol.

Respecto a las dimensiones del nivel de práctica de AF relacionado con el consumo de alcohol, los datos más representativos son (Tabla 3.28):

- ▶ Para los que *practican AF*, el 71,28% *ha bebido alcohol alguna vez* y el 28,71% *no ha bebido*;
- ▶ Para los que *no practican AF*, el 62,50% *ha bebido alcohol alguna vez* y el 37,50% *no ha bebido*;

- ▶ En definitiva, los alumnos que son activos han probado más el alcohol que los sedentarios.

Tabla 3.28. Nivel de práctica de AF relacionado con el consumo de alcohol (%)

NIVEL DE AF	HA BEBIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ		X ²
	Sí	No	
Práctico AF	71,28	28,71	x ² = 3,803,169; gl= 1; sig. asintótica= ,05 c= ,092
No Práctico AF	62,50	37,50	

Respecto a las dimensiones de la autopercepción y si ha bebido alcohol alguna vez, solamente la autopercepción de la condición física fue significativa. Los datos más representativos son (Tabla 3.29):

- ▶ Para la *muy buena* autopercepción de la condición física el 52,08% ha bebido alcohol alguna vez;
- ▶ Para la *buena* autopercepción de la condición física el 63,95% ha bebido alcohol alguna;
- ▶ Para la *regular* autopercepción de la condición física el 71,69% ha bebido alcohol alguna vez;
- ▶ Para la *mala* autopercepción de la condición física el 72,72% ha bebido alcohol alguna vez;
- ▶ Para la *muy mala* autopercepción de la condición física el 100% ha bebido alcohol alguna vez;
- ▶ En definitiva, los alumnos que han probado el alcohol tiene una autopercepción más negativa de la condición física comparando con los que no han probado.

Tabla 3.29. Autopercepción de la condición física relacionado con el consumo de alcohol. (%)

HA BEBIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ	AUTOPERCEPCIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA				X ²
	Muy buena	Buena	Regular	Mala	
Sí	52,08	63,95	71,69	72,72	x ² = 10,073,; gl= 4; sig. asintótica= ,04 c= ,149
No	47,91	36,04	28,30	27,27	

3.6.2.1 - Declaración de los alumnos respecto al consumo de alcohol

En las declaraciones de los alumnos en el grupo de discusión relacionadas con el consumo de alcohol siguen una tendencia parecida con las informaciones descritas en la Tablas 3.25, esto es, de los siete alumnos del grupo, las alumnas nunca han bebido, dos alumnos ya experimentaron, pero hoy no beben más, y tres alumnos beben hoy en día.

Los alumnos citaron varios factores, entre los cuales hubo algunos que fueron citados muy a menudo. Estas características hacían referencia al grupo de consumo, tipo de bebida consumida, con quién bebe o bebía, dónde bebe, el consumo de alcohol en el entorno social, políticas públicas para el consumo de alcohol y los problemas del consumo excesivo de alcohol.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“Con relación al alcohol, yo bebía, ahora poco; la verdad hoy en día no bebo más (V - alumno).”

“Bebo socialmente, o sea en fiestas. ...Bebo para entrar en el clima, salgo más o menos 3 veces por mes, el grupo es de donde vivo, son amigos y amigas, bebemos entre amigos, casi nunca vamos a bares, mi bebida preferida es la cerveza” (T -alumno).”

“La iniciación en el alcohol es cada día más temprano, ...debería haber campañas, una restricción más enérgica a estas personas, ya vi chicos de solamente 9 años bebiendo alcohol en plazas públicas” (H - alumno).”

“Me gusta beber vino una vez u otra...si yo pudiera, yo solamente almorzaría con vino, es la única bebida que me gusta, las otras cuando yo bebo generalmente me dejan un poco borracho, pero vino no. Yo tolero mucho vino, si yo tomo una botella, yo no siento casi nada, pero bebo eventualmente” (H - alumno).”

“Yo nunca bebí y tengo mucha rabia del alcohol, tengo muchos recuerdos tristes, un amigo de mi padre muy querido empezó a beber cuando niño y se murió alcohólico. ... También tengo un vecino que es ciego, tienen que hacerle un transplante. Tiene que parar de beber, pero es alcohólico. ...Yo no entiendo porque las personas beben, cada gota de alcohol es un pedacito de vida que ellos están”

echando a la basura. Mi padre ya bebió, ya lo vi llegar borracho en casa, gracias a Dios él no bebe más (C - alumna).

“En cuanto al uso del alcohol ya lo experimenté, hoy aún bebo, pero socialmente, como no frecuento fiestas, conciertos, nada, siempre bebo “en familia”, diría así, en ocasiones especiales, hasta porque no tenemos hábito de beber en familia, generalmente bebo con amigos o personas muy cercanas. La primera bebida que experimenté creo que fue wiskis, no me gustó. Hoy me gusta más el ron, pero bebo de forma muy esporádica, quizás haga 6 meses que bebí la última vez. ...Tuve algunos problemas en la adolescencia por la cuestión de la influencia, creó que beber tiene una fuerte relación con el grupo, es una asociación; algunas veces me dejé llevar y bebí con grupos, pero me alejé rápido. ...Yo perdí el control, no me emborraché, pero me quedé mareado, aprendí, pasé por este momento difícil y a partir de ahí me maduré más en este aspecto.... Mi abuelo fue alcohólico por mucho tiempo, y por esto lo vi casi matar a mi abuela, logró con el tiempo y el apoyo de la familia dejar de beber.... En la escuela lo que más se comenta es salir para beber, y con una naturalidad muy grande (M - alumno).

“Yo en mi adolescencia experimenté el alcohol, fiestas de cumpleaños, pero muy poco, 2 a 3 vasos de cerveza ...tenía 14, 15 años, fue influencia del grupo, primos, primas, pero gracias a Dios nunca me pasé ...hoy en día no lo quiero ni ver, no me gusta. Hoy en día estoy contra la bebida, principalmente quien no sabe controlarse, lo peor es que hay gente que cree que sabe controlarse y en verdad no lo sabe. ...Hoy día, veo mucho de esto, la juventud estar muy ligada a la bebida, porque la bebida es una droga, en los finales de semana es solo lo que nosotros vemos, donde vivo es un sitio pequeño, cuando hay fiesta es sólo lo que vemos mucho mismo. ...Mi padre bebía, pero hoy no bebe más porque no puede, tiene úlcera, pero tengo un tío que no puede y aún así bebe y otro ya fue alcohólico, hoy no bebe más. Hoy yo no bebo más, pero mi grupo, primas y primos siguen bebiendo, me gustan mucho estas personas

son mi familia, pero no logramos nada diciendo algo sobre el alcohol, ellas no quieren oír (D - alumna).

3.7 - AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTILO DE VIDA SANO DE LOS ALUMNOS DEL CEFET-PB

Respecto a la autopercepción del estilo de vida de los alumnos de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB, la autopercepción del sueño diario, como 1º elemento analizado, es positiva en el 60% de los encuestados, regular en el 31% y negativa en sólo el 9% (Gráfico 3.23).

Con relación a la autopercepción de la alimentación diaria, es positiva en el 60% de los encuestados, regular en 36% y negativa en sólo 4% (Gráfico 3.24). A continuación podemos observar de forma gráfica cuál ha sido la distribución para estas dimensiones:

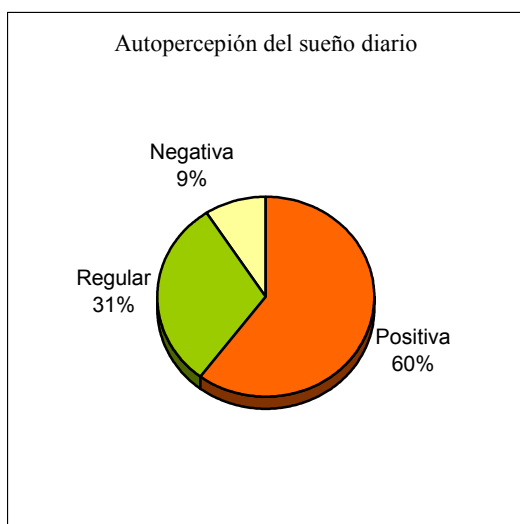


Gráfico 3.23. Autopercepción del sueño diario

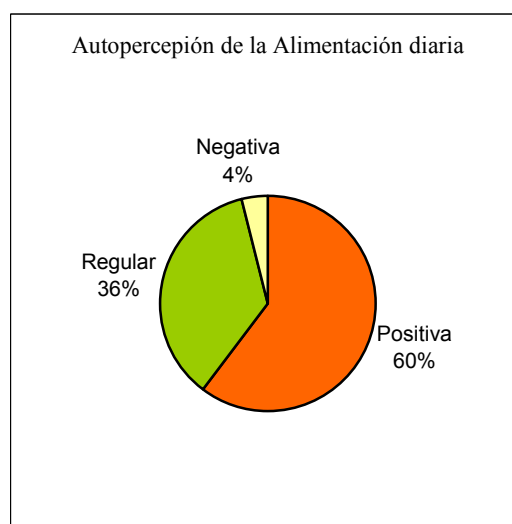


Gráfico 3.24. Autopercepción de la alimentación diaria

Al realizar la estadística inferencial que relaciona la autopercepción de la alimentación y del sueño con los hábitos de vida, la única relación significativa encontrada fue del sueño con la frecuencia que bebe ($p \leq 0,048$). No se encontró significación de esta variable con las variables sociodemográficas.

Con relación la autopercepción del sueño con relación a la frecuencia que bebe, los datos más representativos son: autopercepción *positiva* para los alumnos que beben final de semana, dejaron de beber y beben esporádicamente, con el 69,83%, 66,7% y 56,25% respectivamente y *regular* (62,5%) y *negativa* (25%) para los alumnos que beben habitualmente (Gráfico 3.25).

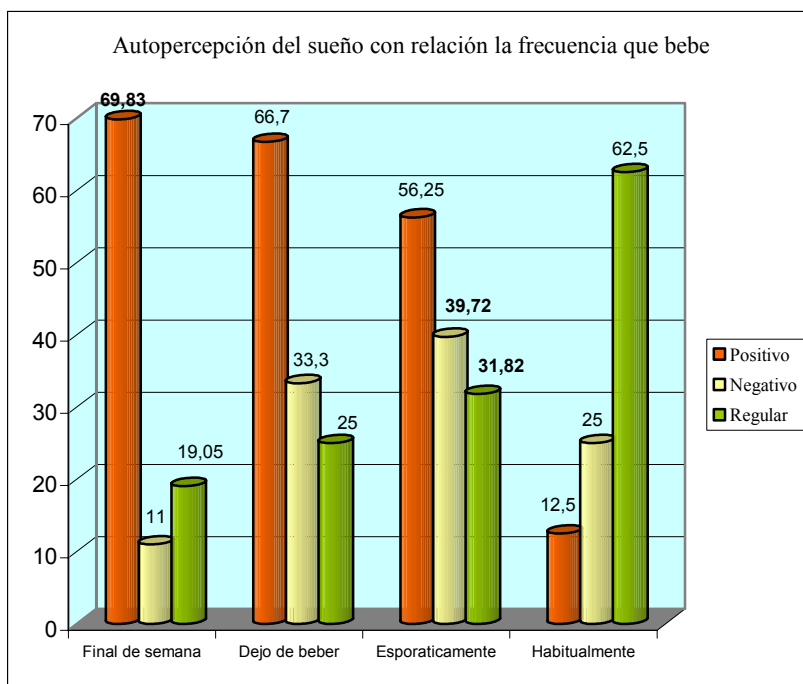


Gráfico 3.25. La autopercepción del sueño diario con relación a la frecuencia que bebe

Al realizar la estadística inferencial que relacionan la frecuencia que bebe a con la autopercepción del sueño diario, hemos comprobado que el Chi-cuadrado es significativo ($x^2= 12,564$; $gl= 6$; $sig.asintótica= ,05$, $c= ,202$) lo que significa que los alumnos que beben habitualmente tienen una autopercepción del sueño diario peor cuando comparamos con las otras frecuencia de beber.

Respecto a la autopercepción del estado de salud, es positiva en el 63% de los encuestados, regular en el 15% y negativa en sólo el 2% (Gráfico 3.26).

Con relación a la autopercepción de la condición física, es positiva en el 55% de los encuestados, regular en el 36% y negativa en sólo el 9% (Gráfico 3.37). A continuación podemos observar de forma gráfica cuál ha sido la distribución para estas dimensiones.

Al realizar la estadística inferencial que relaciona los alumnos practicantes o no de AF con la autopercepción del estado de salud y de la condición física, hemos comprobado en el 1º caso que el Chi-cuadrado es significativo ($x^2 =15,117$; $gl= 3$; $sig. asintótica= ,002$; $c= ,182$) y en el segundo el Chi-cuadrado es altamente significativo ($x^2= 55,388$; $gl = 4$; $sig. asintótica = ,000$; $c= ,334$).

Otro punto que merece la pena resaltar es la relación significativa de la autopercepción de la salud con el hábito de fumar y la frecuencia que con que se bebe.

Hemos comprobado en el 1º caso que el Chi-cuadrado es significativo ($\chi^2= 18,606$; $gl= 6$; sig. asintótica= ,005) y en el segundo el Chi-cuadrado es altamente significativo ($\chi^2=38,491$; $gl = 12$; sig. asintótica = ,000).

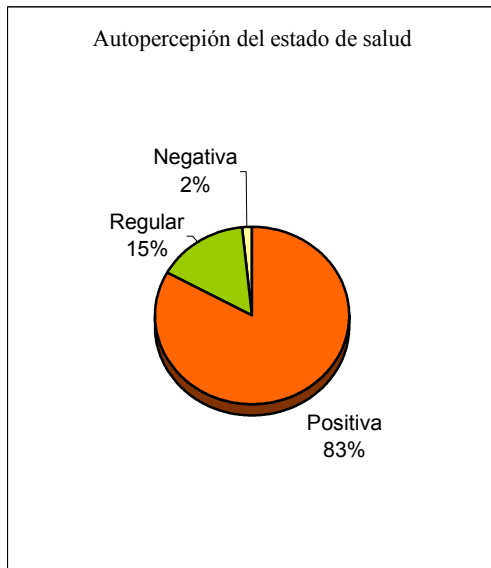


Gráfico 3.26..Autopercepción del estado de salud

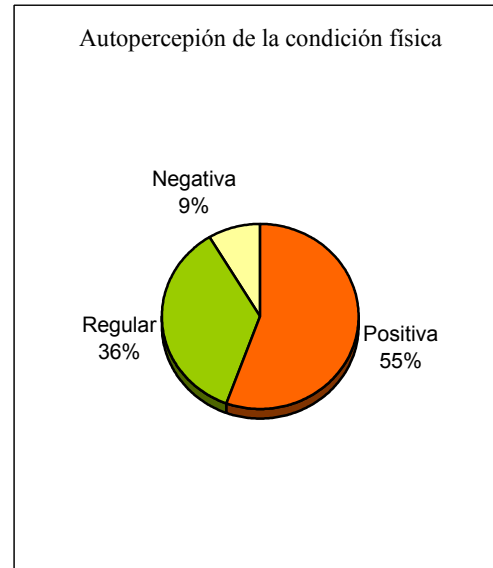


Gráfico3.27. Autopercepción de la condición física

Con relación a la importancia de los hábitos de vida para la salud y el rendimiento en el trabajo, los datos más representativos para el primer caso son: *dormir bien* con el 49,73% y *practicar AF* con el 36,73%. Para el segundo caso (rendimiento en el trabajo) los datos son: no consumir alcohol con el 26,07% y alimentación sana con el 24,07% (Gráficos 3.28 y 3.29).

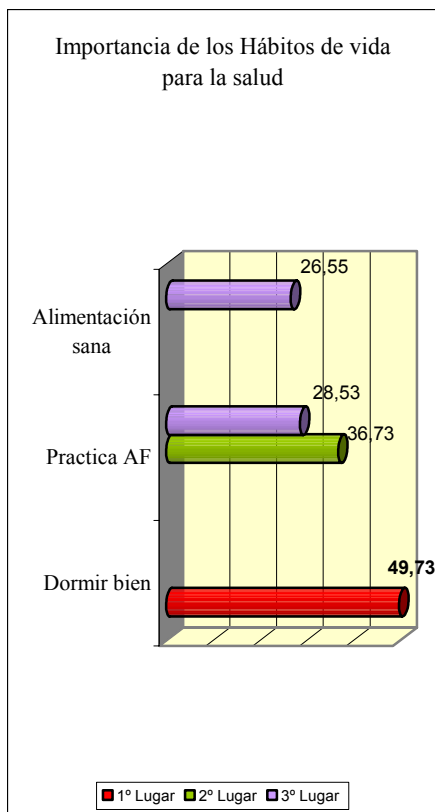


Gráfico 3.28. Importancia de los hábitos de vida sanos para la salud

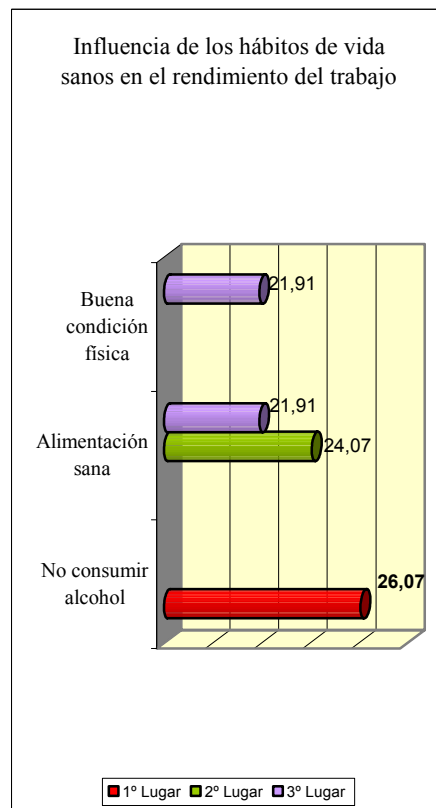


Gráfico 3.29. Influencia de los hábitos de vida sanos en el rendimiento del trabajo

3.7.1 - Declaración de los alumnos respecto a autopercepción del sueño diario y alimentación

En la declaración de los alumnos sobre las autopercepciones del sueño, alimentación, salud y condición física, vamos a destacar las más representativas que fueron sobre el sueño y alimentación.

A pesar del alto porcentaje positivo encontrado en la autopercepción del sueño diario en la estadística descriptiva, en el discurso de los alumnos en el grupo de discusión percibimos otra dimensión.

En el grupo de discusión los alumnos citaron algunos factores relacionados con el sueño diario, en los cuales hubo algunas características que fueron citadas más a menudo. Estas características hacían referencia a la importancia del sueño en la vida de la persona, la relación de un buen sueño con el bienestar en el día siguiente; además fue muy frecuente, en casi todos los participantes, la declaración de poco tiempo para el descanso nocturno. Casi todos los alumnos tienen un día muy lleno de tareas, y se sienten muy cansados durante el día, como si el sueño diario no fuera satisfactorio. Solamente 3 alumnos dijeron que el sueño diario era satisfactorio, aunque siempre afirmando que se sienten un poco soñolientos durante

el día. Todos los alumnos que trabajan o estudian dos turnos, dijeron que duermen menos de 8 horas por día y se sienten cansados al despertarse.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“... generalmente sólo duermo 3 / 4 horas por día, así, yo creo que mi organismo ya se acostumbró. En el comienzo yo sufrí mucho, me quedo muy cansado, incluso cuando voy directo de 5 de la mañana hasta 11:30 de la noche, cuando son las 21 horas así, 22 horas, yo ya empiezo con la soñolencia. Cuando no voy a trabajar por la tarde, yo me siento más descansado” (H - Alumno).

“ ... Soy muy riguroso con relación al sueño, el sueño para mi es una cosa indispensable, tengo que dormir bien, porque si no yo paso todo el día malo” (LV - Alumno).

“Últimamente yo tengo mucho sueño, porque yo me quedo aquí en el CEFET de mañana ¡no es! De 6:30 y me marcho a las 18:00 y cuando llego a las 20 horas, a veces, este tiempo por la noche, yo quiero estudiar, pero con sueño, a las 20 hrs. yo estoy pasando...” (AP - alumna).

El alto porcentaje positivo encontrado en la perspectiva relacionada con la autopercepción de la alimentación diaria en la estadística descriptiva, también se halló en el discurso de los alumnos en el grupo de discusión.

En el grupo de discusión, los alumnos citaron algunos factores relacionados con la alimentación, en los cuales hubo algunas características que fueron citadas más a menudo. Estas características hacían referencia a la autopercepción de la alimentación, el tipo de alimentación, influencia de la familia en la alimentación, sitio en donde come, y conciencia de la importancia de frutas, verduras y legumbres para una alimentación sana. De los siete alumnos, 5 alumnos dijeron que la alimentación era buena, uno que era mala y uno no habló sobre este tema. Todos los alumnos demostraron saber la importancia de las frutas, verduras y legumbres para una alimentación sana, aunque no las consuman. Los alumnos utilizan el nombre verdura en el sentido amplio, incluyendo en este término también las legumbres.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“Mi alimentación, así es buena, sólo que yo no como mucha fruta, me gusta, pero no busco. ...ahora con relación a la verdura, yo no la

como, se que es muy bueno, pero no me gusta. En mi almuerzo yo como de todo, menos lo principal, verdura. En mi casa, mis hermanos comen, a mi hermano le gusta y a mi hermana más o menos, mi madre siempre me dice que la coma, pero no me gusta (AP - alumna).

“Ya tuve muchos problemas con la alimentación, era gordita, hacia dieta, hoy pago caro con una gastritis debido a la mala alimentación. Frutas y verduras siempre me gustaron, sólo que una época de mi vida yo opté por una mala alimentación, aprovechaba el horario de la escuela y comía mal, hoy intento mejorar. Yo como siempre aquí en el CEFET” (D - alumna).

“Soy muy mala para comer, mi alimentación siempre fue mala” (C - alumna).

“Yo almuerzo aquí en el CEFET, hay verdura, pero no me gustan mucho las verduras, las consumo raramente” (T -alumno).

“Mi alimentación, yo busco balancear con el máximo de variedad posible, me gusta mucho la ensalada, a veces yo almuerzo solamente verduras cocinadas. Yo como aquí en el CEFET y en casa (H - alumno).

“Aunque no me gustan mucho las verduras, aprendí con mis padres a comer algunas, ellos valorizan una alimentación sana. En la hora del almuerzo, aunque no me gusta, me las como porque sé que las necesito. Yo como de todo, a mis padres les gusta la soya y evitan carne roja, pero yo si como” (M - alumna).

3.8 - PROPUESTA DE CAMBIOS PARA MEJORAR LA SALUD

En la variable relacionada con la propuesta de cambios para mejorar la salud se analizan tres dimensiones, la 1ª relacionada con competencias importantes para la formación educacional del trabajador, la 2ª relacionada con propuestas de cambio en la perspectiva educacional y la 3ª y última, propuestas de cambio en el tiempo libre.

En la dimensión *“Competencias importantes para la formación educacional del trabajador”* ha sido escogido por los alumnos en 1º lugar *informática* con el 37,1%, en 2º *lengua extranjera* con el 35,1% y en 3º *salud* con el 22,4% (Tabla 3.30).

En la dimensión “*Propuestas de cambio en la perspectiva educacional*”, aunque los *programas prácticos de AF hacia la salud*” han sido elegidos por los alumnos en las tres posiciones 1º, 2º y 3º lugar, con el porcentaje más alto. La propuesta de *campañas informativas en el medio de comunicación* aparece como la segunda opción del 1º lugar con el 23,3%. *Los programas gubernamentales sobre salud en la comunidad* aparecen en la categoría 2º lugar como la segunda opción con el 19,5% y en la categoría 3º lugar también como la segunda opción con el 20,1%, por lo tanto tiene una puntuación muy representativa.

En la dimensión “*Propuestas de cambio en el tiempo libre*” ha sido escogido por los alumnos una *necesidad de cambio en el ocio de la ciudad* con el 78,8% y *no necesita cambio o no lo sabe* aparece con el 21,2%. En la perspectiva positiva de cambiar se destaca, en 1º lugar, *más instalaciones de ocio y espacio deportivo* con el 24,6%, en 2º, *más incentivo y / o opción de ocio deportivo* con el 15,3%, en 3º, *más opción de ocio cultural* con el 12,6% y en 4º, *actividades de ocio gratuitas* con el 10,5% (Tabla 3.30).

A continuación, exponemos en la Tabla 3.30, los datos de la variable relacionada con la propuesta de cambios para mejorar la salud.

Tabla 3.30. Características relacionadas con la propuesta de cambios para mejorar la salud

<i>CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS A LA PROPUESTA DE CAMBIOS PARA MEJORAR LA SALUD</i>	Frecuencia	Porcentaje (%)
COMPETENCIAS IMPORTANTES PARA LA FORMACIÓN EDUCACIONAL DEL TRABAJADOR		
1º LUGAR (Informática)		
2º LUGAR (Lengua extranjera)		
3º LUGAR (Salud)	164	37,1
	155	35,1
	99	22,4
PROPUESTAS DE CAMBIOS EN LA PERSPECTIVA EDUCACIONAL		
1º LUGAR		
▶ Programas prácticos de AF hacia la salud (1º)	125	28,3
▶ Campañas informativas en el medio de comunicación (2º)	103	23,3
2º LUGAR		
▶ Programas prácticos de AF hacia la salud (1º)	92	20,8
▶ Programas gubernamentales sobre salud en la comunidad (2º)	86	19,5
3º LUGAR		
▶ Programas prácticos de AF hacia la salud (1º)	100	22,8
▶ Programas gubernamentales sobre salud en la comunidad (2º)	89	20,1

Tabla 3.30. Características relacionadas con la propuesta de cambios para mejorar la salud (continuación)

<i>CARACTERISTICAS RELACIONADAS A LA PROPUESTA DE CAMBIOS PARA MEJORAR LA SALUD</i>	Frecuencia	Porcentaje (%)
PROPUESTAS DE CAMBIO EN EL TIEMPO LIBRE		
POSITIVA (Si cambiar el ocio de la ciudad)	480	78,8
NEGATIVA (No cambiar el ocio de la ciudad)	129	21,2
1. Más instalaciones de ocio y espacio deportivo	150	24,6
2. No cambiar/no lo se	129	21,2
3. Más incentivo y/o opción de ocio deportivo	93	15,3
4. Más opción de ocio cultural	77	12,6
5. Actividades de ocio gratuitas	64	10,5
6. Cambiar postura política	54	8,9
7. Manutención y/o reforma de los espacios de ocio	16	2,6
8. Sencillamente si cambiar	15	2,5
9. Programas hacia la salud	11	1,8

3.8.1 - Declaración de los alumnos respecto propuesta de cambio para mejorar la salud

En los datos de las declaraciones abordadas por los alumnos en el grupo de discusión relacionadas con la propuesta de cambio para mejorar la salud, se tienen 3 dimensiones: competencias importantes para la formación educacional del trabajador, propuestas de cambios en la perspectiva educacional y propuestas de cambio en el tiempo libre; en los tres casos la información no es tan distinta de lo que fue presentado en la Tabla 3.30, presentando a veces algunas variaciones en el orden de importancia.

En el 1º caso, los resultados referentes a la formación educacional del trabajador no fueron iguales que los del cuestionario. Las tres opciones más citadas fueron: salud en 1º lugar, en 2º lugar lengua extranjera y en 3º informática. En el aspecto salud, la justificación más frecuente por esta elección estaba relacionada con la importancia de la prevención en el ambiente del trabajo, la productividad, el absentismo laboral, la importancia del conocimiento teórico sobre salud y con la importancia del tema salud en todos los ámbitos sociales incluso en el trabajo.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“...Me gusta mucho leer, busco estar siempre informada, de todas estas opciones cada una tiene su importancia, pero la más importante es la salud, porque para un trabajador lo primero debe ser tener salud, sin esto no podrá hacer nada” (C - Alumna).

“...yo he puesto la salud en 3º lugar, es muy importante tener conocimiento para poder prevenirse, saber buscar un equilibrio, desde nuestra salud, nuestro trabajo, nuestra vida” (M - Alumno).

“En 1º lugar yo escogí salud,...bien si tu tienes, un trabajador sano y tiene otro que se presenta con problemas, pidiendo dispensa, tu ganas mucho más con aquel sano, tiene más productividad con aquel que estar siempre presente, el otro que siempre está faltando, que siempre tiene excusa para no trabajar, es muy aburrido y es malo para la productividad” (AP - alumna).

“En segundo lugar yo escogí salud, nosotros también debemos tener una orientación sobre salud, nosotros no somos solamente una máquina que trabaja, estudia, debemos tener conciencia de cómo debe ser tratado el cuerpo, la salud en general, no solamente en casa, sino en la escuela, en el trabajo, entonces creo que tenemos que estar muy bien informados sobre la salud también (D - alumna).

En la opción informática, la justificación más frecuente por esta elección estaba relacionada con la exigencia del mercado de trabajo, el gran cambio que experimenta el área tecnológica en el mundo de hoy y la importancia de acompañar esta evolución, la relación de la informática con casi todo en el mundo moderno y por fin, con la competitividad (quien sabe más en esta área tiene más probabilidad de vencer).

En la opción lengua extranjera, la justificación más frecuente por esta elección estaba relacionada con la exigencia de una lengua extranjera en el mercado de trabajo, competitividad en el mercado, la comunicación con otros países, y exigencia para las post graduaciones.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“...La informática ya es una exigencia del mercado. ” (C - Alumna).

“Necesitamos tener conocimiento en el área de informática que se desarrolla mucho hoy día, para que podamos crecer junto con el mercado. Saber una lengua extranjera hoy es lo más importante para un profesional (M - alumno).

“Todo que nosotros necesitamos hacer en el trabajo es bueno que sepa de informática. La lengua extranjera es muy importante para la

comunicación para con los que vienen de otro país, también si nosotros deseamos especializarnos fuera de nuestro país es indispensable (AP - alumna).

“La informática es muy exigida hoy en el mercado de trabajo, principalmente para nosotros que salimos frescos para trabajar, si no se tiene conocimiento en esta área no se vence, si no hay interés en esta área, realmente nos quedamos atrás. Es muy difícil hoy comunicarse y encontrar un buen empleo si no sabes una lengua extranjera” (D - alumna).

En el 2º caso, en cuanto a las propuestas de cambios en la perspectiva educacional, las tres opciones más citadas fueron palestras, seminarios, encuentros en la escuela (más veces citada en 1º lugar) y campañas informativas en los medios de comunicación; en segundo aparecen los programas prácticos de AF hacia la salud y campañas educativas en la comunidad; y por último aparecen programas gubernamentales sobre salud en la comunidad. Como se ve, cambia un poco la perspectiva de la Tabla 3.30, donde los programas prácticos de AF hacia la salud, campañas informativas en el medio de comunicación y programas gubernamentales sobre salud en la comunidad son los más citados.

Vamos a comentar las cuatro opciones más representativas en el grupo. En la opción palestras, seminarios y encuentros en la escuela la justificación más frecuente para esta elección estaba relacionada con la importancia de un contacto más cercano de los alumnos con los educadores para que las dudas pudiesen ser solucionadas, ya que otros métodos muchas veces son superficiales y solamente informan, no permitiendo una discusión bilateral sobre el tema. Otra justificación estaba relacionada con la importancia de valorar el período escolar de la adolescencia o adultos jóvenes, que quizás sea un período muy interesante (alumnos más participativos), y así resulta un período más eficiente para la educación para la salud.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“Yo opté en 1º lugar que es necesaria tener palestras, seminarios, encuentros en la escuela, justamente por causa de las grandes dudas que existen, es necesario tener un contacto más cercano. A veces el medio de comunicación deja mucho que desear porque es muy

lejano, quizás las dudas que yo tenga, él no puede quitármelas” (M - alumno).

“Escogí la comunicación en la escuela, porque es una época buena, hay gana de participar, entonces creo que si esto esta bien trabajado dará mucho resultado. Cuando yo hacía la enseñanza media, ya oía palestras sobre drogas, nosotros hicimos una campaña, por más que no queremos ver, existe droga, desinformación, principalmente entre los jóvenes, salimos en las calles buscando informar a las personas en la playa, en los puntos turísticos, estos lugares a veces tiene mucho movimiento y puede estimular el uso de las drogas, la prostitución...” (D - alumna).

Para las campañas informativas en el medio de comunicación, la justificación más frecuente estaba relacionada con el acceso de los medios de comunicación a casi todas las personas, información sobre temas que la población desconoce o necesita saber.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“Creo que campañas informativas son importantes para esclarecer dudas sobre la salud, porque muchas veces las personas no buscan saber sobre determinados temas o enfermedades (C - alumna).

“Tiene algunas informaciones en la tele que parecen estar hablando para usted, nosotros estamos necesitando en aquel momento, y en la realidad usted puede estar pasando por esto, siempre ayuda, dar una fuerza, me gusta mucho escuchar” (AP - alumna).

Para estos dos casos, programas prácticos de AF hacia la salud y campañas educativas en la comunidad, la justificación más frecuente en la 1ª opción citada estaba relacionada con la integración de la AF con la mejoría de la calidad de vida de las personas, estímulo al estilo de vida activo y porque las actividades físicas en grupo son más estimulantes y además pueden facilitar la iniciación y/o continuidad en la practica.

Y para la 2ª opción, campañas educativas en la comunidad, la justificación más frecuente esta relacionada con la mayor integración entre las personas y los agentes educadores, eficiencia principalmente en las comunidades más carentes, donde hace falta más

presencia, apoyo e información y la importancia de discutir sobre problemas actuales de la comunidad y del mundo.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“No estoy muy ligada al deporte, pero tengo que admitir que él es importante tanto para la persona como para la salud. En mi barrio ya hubo casos de persona que pasaron por algún problema de salud grave, ellos hacen alguna AF que está relacionada a la salud para mejorar la calidad de vida. Es importante también porque hoy las personas tienen un modo de vida muy sedentario” (C - alumna).

“Creo que cuando se hace algo en grupo es más estimulante que estar solo practicando un deporte, entonces cuando se hace un programa, se reúne un número de personas que se interesan, creo que será más fácil para nosotros practicar un deporte” (M - alumno).

“Campaña educativa en la comunidad es extremadamente importante, incluso porque usted se involucra e involucra las personas haciendo con que se estimulen más, es algo que nosotros vemos el resultado, por falta de información podremos dejar de vivir algunas cosas.... Aún hoy, en algunos lugares tenemos el problema de la mortandad infantil, y en el futuro estos niños que sobrevivieron, si no tuvieran apoyo comunitario, una estructura, van a terminar yendo por caminos más fáciles, camino de las drogas, de la prostitución... (D - alumna).

“En mi comunidad yo participo en la iglesia, siempre hay palestras, buscando los jóvenes de hoy día, que están muy ligados solamente a las fiestas, la bebida, el tabaco, siempre debatimos sobre sexo, salud, violencia, temas bien relacionados con lo cotidiano” (AP- alumna).

En el 3º caso, propuestas de cambio en el tiempo libre, las tres opciones más citadas fueron falta de infraestructura para el ocio, falta de ocio cultural, más incentivo y / o opción de ocio deportivo, muy parecido con los datos de la Tabla 3.30.

Además de las opciones más comentadas en el cuestionario, fue muy citada en el grupo de discusión otra perspectiva de ocio. Quizás tiene relación con las citadas en el apartado anterior (que son muy amplias), pero en otra vertiente, podríamos hablar de una subdimensión de las dimensiones de las propuestas de cambio en el tiempo libre (Tabla 3.30). La opción de ocio que fue también abordada, tenía una connotación espiritual, el incentivo mayor al desarrollo espiritual de las personas y estímulo al trabajo voluntario; también fue comentada una connotación social, mayor incentivo a los encuentros grupales, con características distintas de los que vemos en la sociedad de hoy día (por ejemplo: las fiestas, beber en grupo en varios ambientes, conciertos, ligar o buscar novios, etc.); en realidad una fuga de la tendencia al individualismo, un incentivo quizás más próximo, que ofrezca oportunidad a las personas para cambiar ideas, problemas, pensamientos, etc. Otra característica también comentada fue la importancia del ocio en la vida de las personas y la relación del ocio con la salud.

Algunos de los comentarios representativos fueron:

“Creo que podemos divertirnos sin necesidad de estar bebiendo, ...en mi iglesia no veo mucho, pero hay otras iglesias que hacen encuentros ecuménicos, noche para cantar con la luna, paseos, etc. Me gustaría que los jóvenes, que no lo tienen, tuvieran esta oportunidad, porque a mí me ayudó mucho trabajar mi lado espiritual. ...yo veo inversiones en ocio en otras áreas, como fiestas de San Juan, carnaval, no tengo nada en contra, pero creo que las fiestas deberían verse el lado espiritual también y no sólo el lado de la fiesta” (D - alumna).

“Considero el ocio muy importante, porque cada persona tiene una limitación, a veces trabaja mucho, estudia, termina olvidando el ocio, pasando por encima, tiene que saber cuando parar porque la salud también es importante. En mi ocio, busco estar con quién me gusta, mis amigos, mi familia, y hacer lo que me gusta diseñar, leer e ir a la iglesia. En el ocio de mi barrio hace falta mucha cosa, infraestructura, en la parte cultural a veces tiene algo, pero es muy difícil, sólo encuentro de jóvenes a veces, infelizmente no hay nada ni nadie que estimule el ocio en la comunidad, ahora que las

escuelas están empezando a abrirse para la comunidad, pero es sólo con palestras, discusiones, etc.” (C - alumna).

“Percibo hoy que falta mucho la unión de las personas, ellas ya no piensan en grupo y en socializarse, en aumentar y expandirse, se cultiva mucho el individualismo. ...La parte espiritual es muy importante dentro de mis fines de semana y de mi tiempo estoy también dedicándome en ayudar a los otros, participo de trabajo voluntario. Infelizmente no se cultiva este tipo de ocio que hablé, la gran mayoría creer que ocio es otra cosa, salir para beber, es pasar la noche sin dormir, infelizmente es así que piensa la gran mayoría, la mayoría de los jóvenes que conozco piensan de esta forma. Ocio para mí también es ver una película, practicar un deporte, leer, estar con amigos, personas a las que nos gustan, ayudar a las personas, yo puedo equilibrar hacer un poco de cada cosa” (M - alumno).

“También creo que el ocio es muy importante, por falta de ocio, una práctica de un deporte, ellos no tienen oportunidad de cosas diferentes, entonces creen que lo normal es beber, salir, fumar, divertirse de esta forma, ellos creen que el divertimento es esto, una noche sin dormir en una fiesta. Hay muchas otras formas, la amistad, lo percibo ahora, pues no tengo muchos amigos. ...yo paso la mayor parte del tiempo libre con mi familia, pues estoy mucho tiempo lejos, en la semana, aquí en el CEFET. Creo que hace falta juntar más los jóvenes para que ellos se conozcan, dar oportunidad de estar juntos hablando de sus problemas, ideas, muchas veces las personas no tienen como conocerse, es muy aburrido, es muy malo estar sola, lo sé muy bien” (AP - alumna).

3.9 - RELACIÓN DE LA PRÁCTICA DE AF CON LOS RIESGOS Y CON LA AUTOPERCEPCIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA

En esta etapa de análisis, fue realizado un análisis lineal de regresión múltiple, por el método Stepwise, con el objetivo de verificar el poder predictivo de las variables del grado de AF en el tiempo libre, práctica de AF en la EM (Enseñanza Media), indicador de aciertos teóricos, evaluación afectiva de la EF con relación a las dos variables dependientes del estilo

de vida de riesgo y de la autopercepción del estilo de vida. Los resultados de los análisis su muestran a continuación en las Tablas 3.31 y 3.32.

Tabla 3.31. Análisis de regresión lineal múltiple entre las variables independientes y el indicador de estilo de vida de riesgo (n= 442)

	Beta	T	p <
Grado de AF en el tiempo libre	0,098	2,063	0,04
Práctica de AF en la EM	- 0,27	- 0,559	n. sig.
Indicador de aciertos teóricos	- 0,15	- 0,307	n. sig.
Evaluación afectiva de la EF	- 0,90	- 1,870	n. sig.
Frecuencia de AF semana/horas	0,18	0,375	n. sig.
Coeficiente de Regressão Múltipla:		R = 0,098	
Varianza Explicada:		R ² = 0,10	
Teste Estadístico:		F = 4,257 ; P < 0,04	

La práctica de AF en la EM (ser dispensado o hacer EF / deporte y frecuencia de práctica de EF / deporte en la EM), el indicador de aciertos teóricos (índice de aciertos en la cuestiones teóricas), la evaluación afectiva de la EF (percepción de la EF en la EM y influencia de la EF en el estilo de vida) y la frecuencia de AF semana / horas, en este trabajo aparentemente no son predictoras para un estilo de vida de riesgo.

Como se puede observar, los estilos de vida de riesgo (cantidad de cigarrillo y frecuencia que bebe) de los alumnos del CEFET-PB resulta principalmente de un aspecto: del grado de actividad practicado en el tiempo libre ($\beta = -0,098$; $t = 2,063$; $p < 0,04$). Como esta predicción es positiva podremos suponer que los alumnos que presentan más riesgo en sus estilos de vida para este modelo son aquellos que más practican actividades moderadas y activas en el tiempo libre.

El segundo análisis lineal de regresión múltiple, tiene el objetivo de verificar el poder predicativo de las variables del grado de AF en el tiempo libre, práctica de AF en la EM, indicador de aciertos teóricos, evaluación afectiva de la EF con relación a la autopercepción del estilo de vida, mostramos a continuación en la Tabla 3.32.

Tabla 3.32. Análisis de regresión lineal múltiple entre las variables independientes y el indicador de autopercepción de estilo de vida sano

	Beta	T	P <
Grado de AF en el tiempo libre	0,033	0,708	n. sig.
Práctica de AF en la EM	- 0,78	- 1,196	n. sig.
Indicador de asertos teóricos	- 0,30	- 0,654	n. sig.
Evaluación afectiva de la EF	0,150	3,191	0,002
Frecuencia de AF semana/horas	0,249	5,294	0,000
Coeficiente de Regressão Múltipla: R = 0,339			
Varianza Explicada: R ² = 0,115			
Teste Estadístico: F = 18,967 ; P < 0, 000			

El Grado de AF en el tiempo libre, la práctica de AF en la EM, el indicador de aciertos teóricos y la frecuencia de AF semana / horas, en este trabajo aparentemente no son predictoras para la autopercepción positiva del estilo de vida.

Como se puede observar, la autopercepción de los estilos de vida sano (autopercepción del sueño, alimentación, salud y condición física) de los alumnos del CEFET-PB resulta principalmente de dos aspectos: la evaluación afectiva de la EF ($\beta = 0,150$; $t = 3,191$; $p < 0,002$) y la frecuencia de AF semana / horas ($\beta = 0,249$; $t = 5,294$; $p < 0,000$).

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Este capítulo presenta como principal objetivo discutir los datos en función de las variables estudiadas, centrándose en el análisis de los principales resultados del trabajo empírico realizado con los alumnos del CEFET-PB. Además, compararemos los datos con otras fuentes estadísticas y teóricas.

Para ello, analizamos individualmente las diversas dimensiones de esta realidad estudiada, haciendo especial referencia a otros estudios empíricos sobre el tema. Sin embargo, se sabe que cualquier tentativa en el dominio de comparación de resultados obtenidos en diferentes investigaciones, involucra riesgos relativos a las especialidades propias de cada estudio, y, aunque las poblaciones puedan presentar alguna similitud genética, difieren en la variedad de sus características de genotipo y fenotipo (Malina y col., 1991). Se añade aún la escasez de estudios de referencia en la región investigada, bien como en el país, centrada en la temática de estilo de vida y hábitos de salud en la población específica de los alumnos de la Enseñanza Técnica. Este hecho nos llevará, algunas veces, a comparar valores en contextos diferentes de la realidad sociocultural investigada.

4.1 - VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Las características sociodemográficas son un fuerte indicador en el conocimiento y análisis del comportamiento y las motivaciones (García Ferrando, 2000). Así pues, el estudio de los indicadores sociodemográficos es previo e imprescindible para que se pueda, posteriormente, analizar otros aspectos de los hábitos de vida, de la EF en la “enseñanza media” y ofrecer propuestas de cambio para mejorar la salud. En este apartado, por lo tanto, presentamos los principales indicadores sociodemográficos de los alumnos del CEFET-PB, tales como: género, lugar de residencia, curso, edad, turno en el que estudia, estado civil, nivel de estudios, renta y situación laboral. Estos indicadores nos han servido para definir el perfil de los alumnos del CEFET-PB.

Con relación a estas franjas de edad que tienen mayor representatividad ya eran esperadas, ya que los alumnos de la Enseñanza Técnica son generalmente aquellos que tuvieron acceso negado a la Universidad después de concluir la enseñanza media, o sea, con una gran expresión de alumnos entre 18 a 25 años.

La renta familiar entre los alumnos del CEFET-PB en 62,9% de los encuestados no llega a cuatro sueldos mínimos (sueldo mínimo de 260 reales), lo que caracteriza un extracto social bajo. Comparando las dos ciudades, Cajazeiras presenta porcentajes aún más bajos, ya

que es una ciudad ubicada en el “sertão” de Paraíba, considerada una de las regiones más pobres de Brasil.

Según el Ministerio del Trabajo brasileño, los resultados referentes al pago del sueldo presentan un porcentaje más grande en los dos sexos para la categoría de 2-3 sueldos mínimos (45,1% y 52,2% para varones y mujeres, respectivamente). Solamente 8,3% de los varones y 6,9% de las mujeres reciben más de 10 sueldos mínimos mensuales. Estos datos son coincidentes con los del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, 2000), los cuales indican un mayor porcentaje (28,1%) para la población brasileña que recibe 1-2 sueldos mínimos. En datos más específicos del Estado de Paraíba, donde se realizó esta investigación, 57,9% de la población recibe entre 1 - 2 sueldos mínimos mensuales, mostrando una realidad más débil del país.

El porcentaje más representativo de personas solteras ya era esperado, debido a la media de edad de los estudiantes de la Enseñanza Técnica que es de 23 años de edad en la época de la recogida de los datos.

Hay que destacar que el alto porcentaje de alumnos que no trabajan puede tener una explicación en el fenómeno del paro en Brasil, que es alto en los jóvenes adultos. Aunque no tengamos una investigación que compruebe esta afirmación, por algunas evidencias como: la franja de edad, situación socioeconómica y la cantidad de alumnos que están de pasantía en el CEFET y otras instituciones, los alumnos de la Enseñanza Técnica son más activos en el mercado de trabajo que los alumnos de la enseñanza media y tecnológica.

Con base a los datos del nivel de estudios de los encuestados podemos afirmar que es el exigido, ya que para cursar el nivel técnico en los CEFETs es obligatorio haber concluido la enseñanza media. Con el nuevo modelo del currículo por módulo (presenta una mayor flexibilidad, máximo 2 años de curso), algunos alumnos que ya habían concluido la Enseñanza Técnica en el modelo antiguo (4 años de curso técnico junto con la enseñanza media), ahora están cursando otros cursos técnico modulares. Por ello, encontramos este porcentaje de 7,2% de alumnos que están en su segundo curso técnico.

De forma resumida, la gran mayoría de los alumnos de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB son hombres, residentes en Joao Pessoa, con edad inferior a 25 años, solteros, no trabajan, con renta familiar hasta 1000 reales y tienen concluida la enseñanza media.

4.2 - CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE, LOS INTERESES Y MOTIVACIONES DE LOS ALUMNOS DEL CEFET-PB

Con relación a la discusión de los resultados relacionados con la práctica de AF en el tiempo libre, aunque no hagamos comparaciones con otros estudios, se muestra algunos resultados de estudios más cercanos a las características de ésta investigación destacando en primer plano los referentes a Brasil, para a continuación mostrar algunas investigaciones internacionales.

4.2.1 - Característica de la práctica Actividad Física en el tiempo libre

La disminución de la AF va instaurándose progresivamente a medida que las sociedades se van desarrollando industrialmente. Se sabe que el progreso tecnológico favorece el sedentarismo básicamente por tres fenómenos: la disminución de la demanda de trabajo físico en la actividad laboral, el aumento del transporte mecanizado y el incremento en la oferta de ocio pasivo (Torres y Castarlenas, 2004).

El índice representativo de sedentarismo en el tiempo de ocio en la población estudiada, puede tener relación con la falta de opciones de ocio activas; básicamente las ciudades disponen solamente de canchas, muchas veces en malas condiciones, falta de instalaciones deportivas cerca de casa, baja accesibilidad a centros como gimnasios y clubes, etc. Se cree que este índice de sedentarismo puede ser aun más representativo entre jóvenes de otros centros escolares como universidad, escuelas públicas del estado, ya que no disponen de estructura para la práctica de AF como es el caso del CEFET-PB (ver apartado 3.2.4).

Además se debe considerar el incremento de ocio pasivo en la sociedad de los países desarrollados, sumando — en el caso de estos sujetos — el estrés cotidiano sobrecargado de actividades.

Es importante destacar que esta investigación no se tiene la intención de clasificar el nivel de las actividades en ligera, moderada y vigorosa. El objetivo es clasificar a los alumnos en activos o sedentarios, y dentro de los sedentarios clasificar a los que abandonaron la práctica o nunca han hecho AF.

El nivel de AF en adultos, a pesar de todas las constataciones de los beneficios hacia la salud, es de más de 60% para personas que no se ejercitan sobre una base regular en el

mundo occidental y 25% de los adultos son sedentarios (Stephens, 1988; Katzmarzyk y cols., 2000)

En la población adulta residente en los grandes centros urbanos, se estima una proporción de 60% de sujetos insuficientemente activos (Luchtemberg, 2003). Lima y cols. (2001) concluye que en la región de Bambuí, Minas Gerais, Brasil, 16% de las personas realizan una actividad deportiva. Monteiro y cols (2003) concluyen en el caso de Brasil, que sólo 13% de los encuestados indican hacer un mínimo de 30 minutos de AF en horas libres.

Según Monteiro y cols. (2003), el predominio de AF durante el tiempo libre en Brasil parece ser mucho más bajo que en los países desarrollados; sin embargo, la distribución demográfica y socioeconómica de la AF parecer tener semejanzas a los padrones descritos para las sociedades desarrolladas, donde son más activos los hombres y las personas con nivel socioeconómico mayores.

La proporción de brasileños que no practican AF en el tiempo libre (87%) es dos a tres veces más alta que las divulgadas para los EUA y los países europeos. Los adultos que realizan ejercicio / deporte cinco días por la semana (3,3%) representan cerca de un décimo de lo que se describe para estos países desarrollados (Schoenborn y col., 2002 y Martinez-Gonzalez y cols., 2001). Cutter y cols. (2001) encuentran un porcentaje de 17% de personas que realizan una actividad deportiva en Singapur.

Datos recientes presentado por VUORI (2001), afirman como el cuadro de sedentarismo – teniendo como criterio el porcentaje de individuos que realizan menos de 3 horas por semana de AF de forma recreativa – afectan tanto los países desarrollados como en desarrollo, atingido aproximadamente 57% de la población europea. Sin embargo, cuando estos índices fueron analizados por países, se puede observar diferencias importantes entre países europeos, variando esa prevalencia de sedentarismo de 32% a 35% en países como Suecia, Finlandia e Irlanda, pasando por valores promedio similares a de los países de las América (del Sur y central) de 48% a 63%, como es el caso de Inglaterra, Alemania y Francia, hasta llegar a valores de 67% en Bélgica y 83% en Portugal.

El informe sobre la Actividad Física en horas libres y en horas de trabajo en la población estadounidense (Informe, 2003), indica que 31,8% de los adultos en EUA tienen un alto nivel de AF en sus ratos de ocio.

Muchos de estos estudios con población urbana y escolares analizan a un grupo específico de sujetos, y a veces no incluyen muestras representativas de la población. Las medidas no tienen un patrón y tampoco ofrecen criterios claros y precisos en la medida de los niveles de AF, lo que puede ser uno de los fuertes motivos de la variedad de resultados (Oliveira, 2001), y además se queda muy comprometida la comparación de los resultados por la diferencia observada en la utilización de instrumentos para determinar los niveles de AF y el umbral de corte utilizado para clasificar a los jóvenes en función de esto.

Estudios realizados con escolares presentan un nivel de inactividad inferior al verificado en poblaciones adultas. Se muestran algunas investigaciones que utilizaron metodología similar a la utilizada en esta investigación.

Estudios en Brasil apuntan hacia un alto índice de inactividad entre escolares. De Bragion y cols. (1998) concluye que los alumnos de la enseñanza media de la región de São Paulo presentan índice de inactividad de 77,3%. Aun en São Paulo Monteiro y cols. (1999), revelan un porcentaje de 48% de sedentarismo en escolares. Silva y Malina (2000) encuentran un índice de sedentarismo muy representativo entre 872 escolares cariocas (85% en chicos y 94% en chicas). De Farias (2002) concluye que dos tercios (67%) de los jóvenes estudiados, alumnos de la enseñanza media de Florianópolis, Santa Catarina, presentan un nivel insuficiente de AF. El estudio de Guedes y Guedes., (2001) concluye que los alumnos de la enseñanza media de la región de Londrina, Paraná, presentan insuficiente actividad: 64,5% de chicas y 45,9% de chicos.

En una investigación muy cercana a nuestra realidad, en Recife, nordeste de Brasil, con escolares de la enseñanza media de la red privada, fue encontrado un nivel de activos de 38,4%, de inactivos de 26,2% y de irregularmente activo de 35,4%. La edad entre 17 y 19 años fue la que presentó el mayor índice de sedentarismo (De Sá, 2003).

Parece no haber diferencia cuando el estudio investiga escolares de otras nacionalidades. França y Praagh (2000) estudiaron a 264 estudiantes brasileñas y francesas de la red pública de enseñanza y constataron que 50% de las chicas brasileñas y 38% de las francesas eran sedentarias. Madureira (1999), en estudio de carácter étnico con escolares (684 brasileños y 426 portugueses) encontró un índice de no practicantes de AF extra aula de 37% entre los chicos y 45% entre las chicas de ambas nacionalidad.

Sáenz-López y López (2001), en un estudio con Universitarios en Huelva en España, concluyeron que el 14% de los encuestados practican algún deporte diariamente, el 58% semanalmente y un 28% reconoce no hacer nunca deporte. Estudios con escolares americanos, hechos por National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000) con la población joven, con edad entre 12 y 21 años, verificaron que 50% de los escolares no hacían AF vigorosa y tampoco de forma regular.

Los datos de esta investigación siguen la tendencia mundial: los hombres son más activos que las mujeres, salvo algunas excepciones. A continuación, se exponen algunos comentarios sobre esta temática e investigaciones en este sentido.

La gran mayoría de las investigaciones apunta a la mujer como más sedentaria que el hombre en el tiempo libre. Sin embargo, deber ser considerado el papel cultural que la mujer ejerce en el contexto en que está insertada. Este aspecto gana un significado más amplio en los países menos desarrollados, con culturas que evidencian el papel de las mujeres en las tareas domesticas. Así, Ainsworth (2000) afirma que las mujeres están incluidas en un grupo de personas muy activas en tareas domesticas y tareas de cuidados de la familia, mientras los hombres son más activos en las actividades de ocio. Por lo tanto, según este autor, las mujeres presentan más tiempo de actividad total en relación al hombre.

En el aspecto del ocio y la práctica de AF en el tiempo libre las mujeres necesitan cambios sustanciales. Se observa que las mujeres no ocupan el mismo espacio que los hombres mayoritariamente con tareas deportivas. La utilización de las mujeres en tareas domésticas en el tiempo libre parece tener la justificación en la región investigada, por ser un sitio dotado de hábitos culturales tradicionales.

Otra evidencia del ocio más activo entre los hombres puede estar relacionada con las opciones de AF ofrecidas a la población, principalmente con bajo rendimiento, que es el caso de los sujetos investigados. El fútbol parece ser la principal opción entre los hombres, justificada por ser este un deporte culturalmente insertado entre la población brasileña. Este deporte se caracteriza, en el caso de Brasil, por ser eminentemente masculino, con poca expansión entre las mujeres, lo que puede constituir una barrera para su práctica por este último sexo. En esta misma línea, Werber (2001), atribuye la baja participación de las mujeres en AF fuera de casa, al estereotipo del nivel sexual, provocando inhibición a la expresión personal en la práctica.

En la literatura son muchos los autores que afirman la tendencia de los chicos a ser más activos que las chicas, y además que hay un decline, independiente del sexo, en los niveles de AF con el avance de la edad (Sallis, 2000 y Ingram, 2000).

El IBGE (1999), en su informe sobre el patrón de vida de los brasileños, muestra que los varones practican más AF que las mujeres. Del total de varones, 26% realizan AF semanalmente. Para las mujeres, los valores corresponden a 12,7%. Cuando se verifica la cantidad de personas que se ejercitan durante por lo menos treinta minutos o más, se encuentra el 10,8% para los varones y el 5,2% para las mujeres.

En el Brasil, la investigación de Monteiro y cols. (2003) apunta que entre los adultos más jóvenes, los varones son más activos que las mujeres; no obstante esta diferencia descendió notablemente a medida que aumentó la edad, de tal manera que en el grupo de 40 a 45 años prevalecía que la AF en horas libres era igualmente baja en ambos los sexos.

Más cerca de nuestra realidad en la ciudad de Recife (Pernambuco), Noreste de Brasil, en una investigación con escolares de la enseñanza media de las escuelas privadas fue observado un índice mayor de chicos activos (48,6%), en comparación con las chicas (36,9%).

En el Estado de Paraíba en Brasil, la investigación de Werbar (2001) con trabajadores de empresas en João Pessoa, apunta que la participación en deportes en el tiempo libre no es solamente baja, y además dominada por los varones, sino que las mujeres son minoría en la práctica del deporte y ocio activo; aparece una excepción en el último grupo de edad investigado (51 a 60 años), aunque no es significativo.

En EUA, el informe sobre la Actividad Física en horas libres y en horas de trabajo en la población estadounidense (Informe, 2003), afirma que más varones (21,3%) que mujeres (16,9%) tienen un alto nivel de AF en general, y en ambos sexos dicho nivel se reduce paulatinamente conforme avanza la edad. De hecho, los adultos de uno u otro sexo perteneciente al grupo mayor de edad (más de 65 años), son cinco veces más propensos que los de grupo más jóvenes (18 a 24 años) a no hacer ningún tipo de AF.

En países de la comunidad europea, hay una distinción clara entre las chicas y los chicos, sea cual sea la edad y el país: las chicas son mayoría en la categoría de menos compromiso con una actividad deportiva y, a la inversa, los chicos son más numerosos en

participar con más frecuencia. Los chicos también participan en competiciones en mayor medida que las chicas (Peiron y cols., 2001).

Otras investigaciones internacionales apuntan esta misma tendencia del mayor compromiso de los hombres en relación con las mujeres en la práctica de AF: En EUA, Caspersen y cols. (2000) y Gordon-Larsen y cols. (2002). En Canadá, Wharf y cols. (2003). En Australia, Leslie y cols. (1999). En Islandia, Kristjansdottir y col. (2001). En España (García Ferrando, (2001); García Ferrando y col., (2002); Casimiro (2002); Tercedor (2003), Tercedor y cols. (2003), entre otros. En Portugal, Mota y Esculcas (2002). En Hungría, Antal y cols. (2003). En Perú, Seclén-Palacín y Jacoby (2003), entre otros.

Datos más recientes apuntan hacia una visión diferente de la tradicional descrita. Estudios longitudinales revelan que la disminución del dispendio energético, entre los 13 y los 27 años fue superior (42%) en los hombres en relación (17%) con las mujeres (VanMechelen y cols., 2000). Hay evidencia de que la diferencia en la práctica de AF en relación con el género es cultural, ya que en algunos países donde se han invertido recursos para lograr la equidad de género, las chicas practican más AF que los chicos (Bungum y Morrow, 2000, Caspersen y cols., 2000 y Telama e Yang, 2000).

La tercera característica de la práctica de AF en el tiempo libre es en función del turno de curso

No se tienen datos de la Enseñanza Técnica en Brasil en relación con la EF, ya que no es obligatorio en el currículo. Según datos de Neira y Matos (2000), el 56% de los alumnos de las escuelas públicas en la enseñanza media de Brasil están en los cursos nocturnos y hasta hoy la realidad es que las clases de EF son facultativas o no existen para estos alumnos. Ello ha estado basado en la falsa creencia de que la práctica de Actividad Física por la noche proporciona más cansancio en los alumnos, inhibiendo, por consecuencia, su rendimiento escolar. Se sabe que los alumnos del curso nocturno de la enseñanza media en Brasil son más sedentarios que de otros turnos, pero desconocemos las verdaderas causas.

Los datos de Luchtemberg (2003) confirman que, los alumnos de la enseñanza media en Santa Catarina en Brasil que estudian en el turnos nocturnos 43,6% (n=1.029) fueron considerados insuficientemente activos, teniendo una diferencia estadística significativa ($X^2=11,6$; $p<0,05$) en relación con los escolares del período diurno.

Una justificación del mayor sedentarismo de los alumnos del curso nocturno, puede tener relación con la cantidad mayor de alumnos activos en el mercado de trabajo de dicho turno.

En la investigación de Luchtemberg (2003), confirmando la misma tendencia de esta investigación, los alumnos trabajadores obtuvieron un índice más grande de inactividad: en el curso nocturno, 5,5% eran inactivos, el 38,1% poco activos y 56,4% activos. Para el curso diurno, 2,4% eran inactivos, el 27,6% poco activos y 70% activos.

La cuarta característica de la práctica de AF en el tiempo libre muestra es en función de la edad. Aunque no sea significativa la relación de la práctica de AF con la edad (,518), se percibe que los alumnos más jóvenes (menos de 20 años) son los más activos, y los menos activos son los alumnos entre 26 y 30 años. Entre los sujetos estudiados la franja de edad es similar (la gran mayoría de los sujetos tienen entre 18 a 25 años), lo que puede ser la causa de la no relación entre el nivel de AF y la edad.

Las investigaciones presentan datos diferenciados con relación a la variable edad y esto también tiene una relación con los instrumentos utilizados para valorar el nivel de AF, las franjas de edad consideradas y características de la población estudiada. Se muestran en los apartados siguientes algunas investigaciones.

Además del sexo, otros factores parecen influenciar este descenso de la práctica de AF con la edad: la influencia de los pares (Aaron y cols., 1993), el paso de un desempeño social y profesional activo, bien como las responsabilidades familiares (Stephens y cols., 1985). De forma general, las conclusiones reiteradas por diferentes autores parecen indicar que con el avance de la edad, las personas resultan menos activas, con niveles de dispendio de energía progresivamente menores, siendo los chicos más activos que las chicas (Sallis y cols. 2000).

Guedes y Guedes (2001) en la investigación con adolescente de edad entre 15-18 años en la ciudad de Londrina en el Estado de Paraná en Brasil, afirman que los niveles de práctica de AF habitual tienden a reducirse con la edad, sobre todo en chicas.

Datos de García Ferrando (2002) afirman que la edad separa todavía más que el género en la dedicación a las actividades deportivas de tiempo libre. Así, la distribución porcentual en la población española estudiada presenta una disminución según aumenta la

edad. La franja de *15-24 años* presenta 53%, de *25-34 años* el 36%, de *35-44 años* el 27%, de *45-54 años* el 25%, etc.

Los datos de Comas y cols. (2003), relacionados con la práctica de AF en función de la edad en jóvenes españoles, presentan el tiempo medio (en horas y centésimas de hora) dedicado a la actividad deportiva en los días laborales. Las franjas de edades entre *23-24 años* y *17-18 años*, respectivamente, presentan los mayores índices con 1.80 y 1.79, y los menores son representados por las franjas de edad entre *21-22 años* y *19-20* con el 1.59 y 1.71, respectivamente.

Ferreira (1999) utilizó el cuestionario de Beacker para analizar la AF diaria y no encontró diferencia significativa entre los diferentes grupos de edad (10 -18 años) en ambos los sexos. Santos (1996) analizó la AF con monitor de AF -CSA (acelerómetro uniaxial) y encontró que la AF tiene un descenso acentuado a lo largo de la edad (8-16 años), particularmente en las mujeres.

En esta misma línea otros estudios internacionales afirman que la práctica de AF disminuyen con la edad (Kim y cols., 2000; Ingram, 2000; Sallis, 2000; Tershakovec y cols., 2002; Van Mechelen y cols., 2000).

Debido a la necesidad de incrementar el nivel de AF habitual en adultos se han identificado dos categorías de determinantes: los inmutables tales como genotipo, edad, género, raza o pertenencia étnica; y los que son modificables, incluyendo: rasgos personales, ajustes de la comunidad, sistemas de la ayuda, circunstancias ambientales, estado económico, ocupación, inhabilidad física, nivel de enseñanza y oportunidades para el cuidado en salud (Bouchard y col., 1994 y 2001; Activy Voice, 2000; Israel y cols., 1990).

La disminución de la práctica de AF con la edad parece ser un problema que urge ser discutido, y principalmente ser implementada políticas en todos los niveles sociales (comunidad, gobierno, escuela, etc.). La necesidad de aumentar el hábito de práctica AF en el tiempo libre en los adultos sea quizás el recto principal de los profesionales involucrados con este problema, ya que sabemos que en la edad adulta es la fase más difícil de cambiar los estilos de vida adquiridos.

La quinta característica de la práctica de AF en el tiempo libre analiza la influencia del nivel socioeconómico.

El estatus socioeconómico bajo se asocia a menudo a las responsabilidades del tiempo dedicado a los cuidados, por ejemplo: cuidados con los chicos, familia; al tiempo dedicado al trabajo, a la carencia del transporte, la inseguridad, la inflexibilidad del trabajo y a la cuestión del hogar transitorio (Seefeldt y cols., 2002).

El informe de investigación sobre el patrón de vida de brasileños, elaborado por IBGE (1999) muestra que, en la distribución de personas por quintos de renta per cápita mensual, entre las personas que practican AF semanalmente, el 13,8% pertenece al 1º quinto (más baja renta), 16,4% al 2º quinto, el 16% al 3º quinto, el 18,4% al 4º y el 31,5% al 5º quinto (más alta renta). Para los que practican por treinta minutos o más, por lo menos 3 días en la semana, los valores fueron: el 4,8% (1º quinto), el 7,4% (2º quinto), el 5,9% (3º quinto), el 7,6% (4º quinto) y 14,6% (5º quinto). De forma general se percibe que la práctica de AF aumenta conforme se eleva los rendimientos económicos.

En la investigación desarrollada por Barros (1999), con una muestra representativa en el sector de industria en Santa Catarina en Brasil, también se encuentra la relación del extracto socioeconómico con el nivel de AF. En esta misma línea Flores (2002), en población adulta de Mafra, Santa Catarina, Brasil, afirma esta relación.

Algunas investigaciones internacionales no presentan la misma tendencia, como son los casos de: Michaux y cols. (1996); Barbosa y cols., (1999), Mota y col. (1999); entre otros. Pero algunas sí la presentan como: Penny y cols. (2000); Andersen y cols. (2000); Dowda y cols. (2003), entre otras.

De estos resultados expuestos relacionados a las características de la práctica Actividad Física en el tiempo libre se puede sintetizar:

- ▶ En lo que atañe al nivel de AF, la cantidad de alumnos sedentarios supera los activos y la proporción es más representativa en las mujeres que en los varones. Entre los sedentarios, los alumnos que abandonaron la práctica de AF también presentan mayor representación respecto a los alumnos que nunca hicieron AF. Mota y Sallis (2002) apuntan cuatro factores que determinan la inactividad física: biológicos y demográficos, psicológicos, sociales y del medio ambiente;
- ▶ En cuanto al género, como la gran parte de investigaciones actuales, los varones son más activos que las mujeres;

- ▶ En cuanto al turno, los alumnos del curso nocturno son los más sedentarios, y como fue abordado, esto puede tener una relación con el hecho de que estos alumnos son los que realizan más actividades laborales;
- ▶ En cuanto a la edad, aunque no sea significativa esta relación con el nivel de AF, los alumnos con menos de 20 años son los más activos; quizás en el caso del CEFET-PB, estos alumnos salieron antes de la enseñanza media y están más vinculados a las actividades deportivas y culturales del CEFET, tan normales entre los alumnos de la enseñanza media;
- ▶ En cuanto al nivel socioeconómico, los alumnos más activos tienen una renta familiar más alta. En el caso del CEFET-PB, los alumnos más carentes están vinculados a otras actividades laborales (pasantía, trabajos del hogar, etc.). Para los alumnos que estudian y trabajan los datos más representativos son para los que tienen renta de 490 a 1000 reales (46,01%) y 100 a 480 reales (22,08%); para los alumnos que buscan su primer empleo, los mayores porcentajes son para los alumnos con renta de 490 a 1000 reales (34,78%), con renta de 1100 a 1700 reales (26,08%) y con renta de 100 a 480 reales (21,74%).

4.2.2 - Tipos de Actividades Físicas practicadas

Con relación a los tipos de actividades más practicadas por los activos, en este estudio se destaca la práctica de los deportes de canchas y el fútbol, siendo este lo más practicado por los hombres.

En la práctica deportiva en el tiempo de ocio, los hombres tienden a optar por la práctica de deportes colectivos, como el fútbol. Se nota una resistencia mayor por parte de los hombres en relación al cambio de práctica de deporte colectivo para una actividad de menor intensidad, como la caminata. En definitiva, los hombres participan más de actividades de riesgo, tales como actividades exteriores y deporte, mientras que las mujeres revelan una participación más representativa en actividades de ocio con énfasis en características culturales, sociales y educacionales (Weinberg, 2000).

De los resultados del grupo de discusión sobre la temática del tipo de AF practicada se pueden sintetizar las siguientes ideas:

Con respecto a la masiva práctica de fútbol por los hombres, se puede deducir la gran influencia de este deporte en Brasil y la fuerza de él en los medios de comunicación. Además,

este deporte suele ser una de las actividades más practicadas en la asignatura EF en todos los niveles de enseñanza en Brasil. En cuanto a las mujeres, culturalmente hace muy poco tiempo que este deporte viene teniendo apoyo en el ámbito competitivo y siempre hubo prejuicios con relación a la práctica femenina.

- ▶ En cuanto a los deportes de cancha, la explicación puede ser la misma relacionada con la EF en la enseñanza media. Quizás los deportes más citados (el voleibol, el baloncesto y el balonmano) sean aún más practicados, por lo menos en el caso del CEFET, en lo que se refiere a los dos sexos;
- ▶ La natación puede que sea una particularidad del CEFET, por ser un centro que dispone de piscina (en el caso de João Pessoa) y además el clima de la región que es muy favorable;
- ▶ La poca práctica de AF en la naturaleza y en gimnasio, quizás tenga una relación directa con el nivel socioeconómico de estos alumnos, que de una forma general es muy bajo (dificultad de acceso a otros espacios de ocio), y con la influencia cultural positiva que los deportes colectivos tienen en la sociedad brasileña (buenos resultados internacionales, publicidad en los medios de comunicación, etc.).

Son muchas las investigaciones que presentan datos de los tipos de práctica de AF. Se debe considerar las características culturales de cada lugar, y además en qué espacio esta siendo realizada la investigación y quiénes son los sujetos. Por ejemplo: en la escuela, en gimnasio, etc., son alumnos, profesores, médicos, etc. A continuación, siguen algunas investigaciones referentes a los tipos de práctica, destacando las de Brasil ya que, en este caso, la cuestión cultural es predecible.

La investigación de Monterero y cols. (2003) sobre la práctica de AF (mínimo 30 minutos) en tiempo libre en brasileños con más de 20 años, el deporte más practicado entre los varones fue los *deportes colectivos (fútbol, voleibol y baloncesto)* con el 63%, la segunda actividad para los varones fue *gimnasia y musculación* con el 20,1% y para las mujeres en primer lugar fue *caminar y correr* con el 64,6%, y *gimnasia y musculación* con el 45,26 %.

Salmuski y Noce (2000) verificó en una investigación con alumnos universitarios en la Universidad de Minas Gerais, Brasil, que *la caminata* (66,3%) y el *estiramiento* (34,8%) fueron las actividades más practicadas tanto entre los varones como entre las mujeres.

De Sá (2003) en investigación con escolares de Recife, Brasil, verificó que los *deportes de cancha, fútbol y la natación* también se encuentran entre las preferidas de los alumnos (67%), no habiendo diferencia significativa entre ellas.

García Ferrando (2001), en investigación sobre los comportamientos de los españoles y del deporte en la última década del siglo XX, muestra en los cuatro primeros lugares: en 1º *se encuentra la natación* como deporte más practicado, con el 39%, en segundo el *Fútbol de campo grande* con el 36% y *fútbol sala* con el 14%, en tercero el *ciclismo* con el 22% y en cuarto la *gimnasia de mantenimiento* con el 15%.

García Ferrando y Mestre (2002), en investigación sobre hábitos deportivos en la población de Valencia, hace una comparación de la ciudad de Valencia con la Comunidad Valenciana y con España, mostrando en los cuatro primeros lugares: *la natación* como la actividad más practicada con el 44%, 43% y 39% respectivamente, en segundo *el ciclismo* con el 16%, 17% y 22 respectivamente, en tercero *carrera a pie* (jogging) con el 16%, 17% y 11%, respectivamente, y en cuarto lugar *el fútbol campo grande* con el 14%, 16% y 22%, respectivamente.

Navarro (1998) en la investigación sobre la condición física en la población adulta de la Isla de Gran Canaria y su relación con determinadas actitudes y hábitos de vida, apunta que *caminar, nadar y hacer gimnasia* son las Actividades Físicas preferidas por las mujeres (23,5 %, 15 % y 11,9 %, respectivamente), mientras que en los hombres, el *fútbol* con un 33,7 %, es claramente el deporte que más se ha practicado por la muestra de este estudio, seguido del *paseo o caminar* con un 8,57 % y de la *Lucha Canaria y el Fútbol Sala*, con un 5,96 %.

4.2.3 - Cuántas horas días y veces por semana practica Actividad Física y se controla la intensidad que practica

Una dimensión esencial de la práctica deportiva es la referente al grado de frecuencia con que se hace AF, porque se sabe que no es lo mismo practicar con regularidad varias veces por semana, como hacerlo sólo en fines de semana o de forma esporádica (ACSM, 1998).

Se puede entender la alta puntuación para la práctica de AF de 2 a 3 veces en la semana de 1 a 2 horas, ya que estos alumnos activos participan en actividades en la mayoría de los casos en el CEFET-PB, dentro de programas de entrenamiento, EF o por cuenta propia

con grupos de amigos, que corresponde a esta frecuencia semanal y horas al día. Para los alumnos sedentarios (con un mayor porcentaje), esto tiene una estrecha relación con la práctica de EF en la enseñanza media, que corresponde también a estas características.

Es importante destacar el aumento en los porcentajes, entre los activos, de practica de 2 a 3 veces en la semana / 30 minutos, lo que caracteriza quizás la practica de AF autónoma, sin relación con clases de EF o entrenamiento en el CEFET-PB.

Analizando los días por semana en los que los alumnos del CEFET-PB practican AF, sin considerar el tiempo practicado por día, los datos más representativos son: el 45,5% practica de 2 a 3 veces en la semana, el 33,2% de los alumnos practica más de 4 veces en la semana y el 17,3% practica una vez en la semana.

En esta misma línea, Seclén-Palacín y col. (2003) analizando la población urbana de Perú, afirman que la frecuencia porcentual de la práctica de AF deportiva entre varones y mujeres fue clasificada en diaria, con el 8,2% y el 7% respectivamente; intermedia (días alternos) con el 4,6% y 3,5%; semanal (1 vez en la semana) con el 31,7% y 21,9% y ocasionalmente con el 10,2% y 6,2%.

En España ha cambiado de forma expresiva los resultados relacionados con la frecuencia de 1990 a 2000, en cuanto al grado de frecuencia: *tres veces o más por semana* con el 31% pasa al 49%; *una o dos veces por semana* con el 28% pasa al 38% respectivamente; *con menor frecuencia*, con el 24% pasa al 10% y *sólo en vacaciones* con el 17% pasa al 3% (García Ferrando, 2001).

Con relación a la práctica de AF de *30 min. o más / de 4 a 7 x semana y menos de 30 min. / o de 3 a menos veces por semana*, fue determinada esta dos clasificaciones para este estudio basada en evidencias científicas como se muestra a continuación.

Pate y cols. (1995) afirma que un grupo de especialista en AF hacia la salud se ha reunido en el Centro de Control y Prevención de enfermedades de los EUA y el Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM) con el objetivo de desarrollar un mensaje basado en las últimas evidencias científicas. De esta reunión surge la recomendación de *practicar AF moderadamente 30 minutos en la mayoría de los días de la semana*. Matsudo y Matsudo (2000) afirman que esta sugerencia fue aceptada por varias instituciones como la OMS, Consejo Internacional de Ciencia del Deporte y Educación Física (ICSSPE), Centro de

Control y Prevención de Enfermedades de los USA - CDC, ACMS, Federación Internacional de Medicina Deportiva (FIMS) y Asociación de Cardiología (AHA). Basada en estos datos fue considerada una recomendación parecida para este trabajo.

Aunque la puntuación más alta fue para de 2 a 3 veces semana / 1 hr y 2 a 3 veces semana / 2 hrs, tanto para los activos, como para los sedentarios, de una forma general estos alumnos no practicaron o practican AF obedeciendo las recomendaciones hacia la salud de la OMS; más de 60% para los dos sexos practican o practicaron AF o menos de 30 minutos al día o con una frecuencia semanal de 3 a menos veces en la semana.

Con relación a práctica de AF en cuántas horas / días y veces por semana de los activos y los que antes practicaban (recomendada por la OMS) en función del género, se percibe para los hombres activos un porcentaje más representativo de AF recomendada por la OMS; quizás tiene relación con los chicos, en general, ser más activo en el tiempo libre que las chicas, y por lo tanto afirman que han tenido frecuencia de práctica de AF superior a 4 veces por semana o 30 minutos o más.

En este sentido, Gambardella (1995) afirma que: los varones presentan un tiempo medio de práctica de AF estadísticamente superior al de las mujeres. Este hecho puede ser un indicativo de una cuestión cultural, pues los varones son incentivados desde niños para la práctica de deporte y las chicas son orientadas a desarrollar actividades típicamente sedentarias.

En Brasil, la investigación de Monteiro y cols. (2003) apunta hacia porcentajes más bajos. Sólo el 13% de los brasileños encuestados indicaron que hacían un mínimo de 30 minutos de AF en horas libres un día de la semana o más, y únicamente 3,3% indicó que lo hacía como mínimo 30 minutos durante cinco días de la semana o más.

Novas (2002) afirma que más de la mitad (57,9%) de los escolares de la enseñanza media de Blumenau, Brasil no tienen el hábito de practicar AF por 30 minutos al día, cinco o más veces en la semana, siendo esa característica más común entre las chicas (66%) que los chicos (46,6%).

Luchtemberg (2003) afirma que el tiempo de práctica de AF en media, de los escolares trabajadores de la enseñanza media de Santa Catarina, Brasil es: para la práctica de deporte, 186 minutos / semana para los varones y 44 minutos / semana para las mujeres;

relacionado a caminatas 147 minutos / semana para los varones y 120 minutos / semana para las mujeres, y otras AF es de 77 minutos / semana para los varones y 15 minutos / semana para las mujeres.

Magera y cols. (2001) en investigación con adultos americanos (18-75 años), utilizando el cuestionario como instrumento de medida, afirma que el 36% presenta un nivel de actividad moderado (5 veces en la semana, 30 min. o más).

Resultados distintos, a primera vista, se obtienen en la encuesta realizada por Rodríguez y cols. (2003), en investigación con escolares de secundaria en el municipio de Avilés. Ellos han encontrado con relación al tiempo / día de práctica de actividad deportiva el porcentaje de 22,5% para 1-22 min. / día; el 23,9% para 23-55 min. / día y 23% para más de 55 min. / día. La media de tiempo diario de actividad deportiva para toda la muestra es de 30 minutos.

En la investigación sobre el estilo de vida en jóvenes españoles entre 15 y 24 años, se afirma que la proporción de jóvenes que han dedicado 30 minutos o más a la práctica de deporte por día a la semana es de: 16,9% para los días laborales; 15,4% para los viernes; 14,3% los sábados y 7,2% en los domingos (Comas y cols., 2003).

Con relación con el control de la intensidad de la AF, aunque el porcentaje de los alumnos que afirman controlar la intensidad de la AF sea muy grande, para confirmar esta tendencia se necesitaría de una investigación más profundizada en este aspecto, ya que la pregunta referente a esta dimensión en el cuestionario era muy subjetiva y no se profundizaba en la pregunta cómo era controlada esta intensidad. Los alumnos sedentarios, quizás fueron más sinceros cuando afirmaron que no controlan, o a veces lo hacían, con el porcentaje de 75,21% para los varones y 74,21% para las mujeres.

Con relación a la frecuencia de práctica de AF en función de la renta, en realidad, los estudios hasta hoy han sido incapaces de identificar claramente los mecanismos por los cuales el estatus socioeconómico influye la AF de los jóvenes. La generalización de los resultados carece de alguna consistencia, dado que las conclusiones de los diferentes estudios no son unánimes (Sallis y cols., 2000).

Sin embargo, algunas constataciones conllevan a la idea que la clase social mediada por el trabajo (rendimiento e instrucción) afecta la naturaleza del ocio de los sujetos y de sus

prácticas en AF, siendo los costos un importante factor que puede explicar la mayor participación de familias de clase media en relación con las de clase más baja en un gran número de actividades. Este hecho parece ser potencialmente decisivo en la facilidad de selección y accesibilidad a la práctica de AF. El bajo nivel socioeconómico parece estar asociado a la ausencia de transporte para los locales de práctica, la limitación financiera para la asociación y participación en grupos formales de actividad, bien como el menor tiempo libre para ser utilizado en prácticas regulares de AF (Sallis y cols., 1996).

En este trabajo los alumnos con renta familiar por encima de 1000 reales, tiene más frecuencia de práctica semanal recomendado por OMS, que los que menor renta, encontrando una relación significativa de la frecuencia de práctica semanal con la renta. Algunos trabajos en Brasil, considerando el nivel socioeconómico de los encuestados encuentran relación con el nivel de AF: Barros (1999) y Matsudo y col. (2002) y no encuentran esta relación los trabajos de: Guedes (2001), De Farias (2002) y Luchtemberg (2003).

4.2.4 - Cómo son realizadas las prácticas de AF

Cómo son realizadas las prácticas de AF por los alumnos del CEFET-PB, quizás este dato de los alumnos que abandonaron la práctica de AF tiene una relación con la práctica de EF en la enseñanza media. Los alumnos que son activos hoy, hacen AF con una mayor frecuencia solos, ya que no tienen en su currículo esta asignatura, y así no tienen vínculos con las actividades obligatorias (EF) de la escuela. Es importante destacar además que la segunda opción para los activos fue hacerla como actividad del centro de enseñanza o de trabajo y para los sedentarios hacerla solos, presentándose un bajo índice de actividades en clubes y gimnasio, quizás debido al bajo nivel de renta familiar de los alumnos.

En esta línea, Dovey y cols. (1998) afirman que estudios recientes sobre el comportamiento deportivo de los individuos verifican que un segmento considerable de actividades deportivas no son institucionalmente organizadas y que la propia concepción del sujeto acerca del deporte y de la AF está más allá de las representaciones tradicionales, incluyendo muchas actividades desempeñadas durante el tiempo de ocio y orientadas para la mejoría de la condición física.

García Ferrando y col. (2002) indican que en los últimos años la proporción de practicantes que hacen deporte “por su cuenta”, esto es, por iniciativa propia y con medios personales fuera de toda regulación asociativa, ha aumentado considerablemente.

En la misma línea, García Ferrando (2001) en la investigación de la evolución sobre hábitos deportivos de los españoles, apunta un incremento desde el 64% (1990) al 66% (2000) de los que hacen deporte por su cuenta, del 22% al 25% de los que hacen como actividad del club o asociación y un descenso de 11% al 7% de los que hacen como práctica de actividad en un centro de enseñanza. Con relación a la participación de las mujeres en actividades deportivas en un club o asociación, hubo un incremento significativo en la última década en el caso de España: las mujeres pasaron del 14% al 26% y los hombres han permanecido prácticamente iguales, del 24% al 25%.

Sallis y Owen (1999) afirman que las actividades físicas informales, definidas en la literatura por actividades no organizadas, no patrocinadas por escuelas, clubes deportivos, entidades patronales, empresas o por parte de cualquier organización comercial o no-comercial, han ganado importancia creciente en el dominio de la práctica de AF en las poblaciones.

En la misma línea, datos de Mota y Esculcas (2002) en investigación con estudiantes portugueses, apuntan que excepto las muchachas involucradas en AF vigorosa, los demás encuestados prefirieron actividades no estructuradas; sin embargo, los datos apuntan que la participación en AF estructurada aumenta mientras el nivel físico aumenta. Sólo el 33% de los encuestados practicaba AF estructurada.

En esta misma línea, Telema e Yang (2000) afirman en su investigación que hay una disminución en las AF no estructuradas y AF vigorosas cuando se va aumentando la edad. En nuestra investigación podremos percibir esta misma tendencia cuando comparemos los alumnos activos hoy día, con los alumnos sedentarios (hacían AF cuando más jóvenes). Los sedentarios presentan porcentajes más representativos en actividades estructuradas (club, gimnasio, escuela) cuando se comparan con los activos.

Aunque los alumnos activos hagan más AF solos o en la escuela, cuando se hace la inferencia con la renta, se percibe que los alumnos con renta más alta presentan un porcentaje más grande de práctica de AF en gimnasio y clubes y los alumnos de menor renta hacen AF como actividad del centro de enseñanza o trabajo. Estos datos nos llevan a creer que los alumnos con condiciones financieras más bajas practican AF dentro del propio CEFET-PB (información muy comentada en el grupo de discusión), ya que no es una praxis la práctica de AF en el trabajo en Paraíba. Y los alumnos con mejores condiciones socioeconómicas tienen más opciones de práctica de AF en otros espacios.

El estatus socioeconómico ha sido más asociado al acceso a las prácticas formales de AF (gimnasio, piscinas, etc.) que a la selección específica de una actividad espontánea desarrollada (Sallis y col., 1996).

Algunos estudios apuntan que la elección de las actividades formales está más pendiente, que las de naturaleza no formal o espontánea, de los niveles socioeconómico (educación y profesión) de la familia (Hoefler y cols., 2001).

Bungum y Vincent (1997) afirman que el nivel socioeconómico puede influir en el número de oportunidades ofrecidas a los jóvenes, ya que los más ricos pueden estar involucrados tanto en actividades estructuradas como en las de gimnasio y clubes, como en actividades libres en parques, con los vecinos o en patio de recreo, mientras los más pobres teóricamente sólo tendrían la segunda opción.

En esta línea, el estudio realizado por Mota y Esculcas (2001), en una población adolescente portuguesa, afirma que las prácticas formales están en consonancia de forma significativa con el estatus socioeconómico de los padres.

Con relación a la constatación de que las mujeres hacen más AF en el centro de enseñanza que los hombres, en el caso del CEFET-PB, estos datos pueden significar el vínculo mayor de las chicas a las clases de EF o entrenamiento, ya que los alumnos de la Enseñanza Técnica pueden frecuentar las clases sin tener EF en el currículo (no tienen obligación con notas); en el caso de los chicos, estos son más independientes y practican deportes con grupos de amigos, reservando las canchas o campo, sin estar vinculados con clases y entrenamientos.

4.2.5 - Con quién practican AF

En este trabajo los resultados apuntan que las mujeres hacen más AF sola que los hombres y estos hacen más AF con amigos o compañero de estudio que las mujeres. Además que los alumnos más jóvenes practican más AF en grupo que los de mayor edad. Con relación a con quién practica AF en función de la edad, los resultados de este trabajo muestra la tendencia moderna de la población, esto es, que los alumnos jóvenes hacen más practica de AF en grupo que los de más edad. Seguí a continuación la discusión sobre estas temáticas.

En Brasil, investigación de Monteiro y cols. (2003) con adultos de más de 20 años, afirman que las AF más practicadas son las realizadas en compañía de otras personas, ya que los deportes colectivos como el fútbol, baloncesto y voleibol son preferidos entre los encuestados.

Datos de Barros (1999) indican que solamente uno de cada cuatro trabajadores de la industria en Brasil prefiere realizar AF de ocio solo. Cerca de 78% de los hombres y 72% de las mujeres prefieren realizar AF de ocio en compañía de un amigo o en grupo, pero no tiene una relación con la edad.

Es percibido que tanto para los alumnos activos y sedentarios (que abandonaron la práctica de AF), la mayor proporción opta por la opción *con grupo de amigos o compañero de estudio*. Estos datos siguen una tendencia en muchas otras investigaciones en Brasil, como en el caso de Barros (1999), Novas (2002), Luchtemberg (2003).

García Ferrando y col. (2002), indican en sus datos de investigación en Valencia capital, Comunidad Valenciana y España que hacer deporte en compañía de amigos o compañero de estudio, es la opción más citada con el: 61%, 64% y 60%, respectivamente. La tendencia es practicar con grupos y amigos cuando se es más joven, representado en el período de 15-24 años, con el porcentaje del 76%, para ir asumiendo la práctica en solitario conforme la edad aumenta. Las mujeres tienen más tendencia a practicar deporte solas (31%), que los varones (25%), a la vez que una mayor propensión hacia el deporte con algún miembro de la familia (12%, frente al 4%).

Según Martínez-González y col. (2001), Finlandia presenta el mejor índice de AF en el tiempo de ocio en Europa (91,9%). Vuolle y cols. (1996) en investigación en este país, afirma que las AF en el tiempo de ocio son realizadas básicamente con miembros de la familia o con amigos, pero raramente en ambientes formales o estructurado, como por ejemplo club.

En otra línea, Mota y Sallis (2002) afirman que la individualización en la práctica de AF en la edad adulta parece ser una tendencia, los tipos AF más populares entre esta población son aquellas que pueden ser realizadas individualmente o con número reducido de compañeros, sin un supervisión especializada o de una clase formal. En un estudio coordinado por el Instituto de Consumidor (Edideco, 1999), una de las vertientes investigadas

fue la cuestión de los deportes más practicados, habiendo observado que, de las seis actividades deportivas más practicadas (natación, fitness, fútbol, gimnasia, marcha, gimnasia aeróbica y jogging), cinco se encuadran en los nuevos abordajes deportivos individuales. Estos datos tienen la misma tendencia que otras investigaciones como la de Monteiro y cols. (2003), que afirman que actividades como caminar o trotar (jogging) son más comunes en ambos sexos en aquellos casos que la AF se practica cinco veces en la semana o más.

Con relación al género, la tendencia es la misma que en la investigación de García Ferrando y col. (2002) para las opciones *la mayor parte de las veces solo* (con el 31% para las mujeres y 25% para los hombres) y *con grupos de amigos* (con el 66% para los hombres y 46% para las mujeres), diferenciando en la práctica de AF *con la familia* que es superior para las mujeres con el 12% con relación a 4% de los hombres.

En esta investigación, las mujeres presentan un porcentaje mayor que los hombres en las opciones hacer la mayor parte de las veces sola y depende sola o en grupo, las mujeres practican más actividades que son más independientes de un compañero como la gimnasia, danza, caminatas, carreras y andar de bicicleta cuando comparamos con los hombres en el CEFET-PB. Los hombres en el CEFET-PB tienen una mayor tendencia en práctica AF con grupos de amigos, ya que el fútbol de sala y de campo son las prácticas preferidas por ellos.

4.2.6 - Motivos por los que practican AF

Estudios recientes realizados con chicas resaltaron que la participación en AF es principalmente voluntaria, lo que evidencia la importancia de la auto motivación en este aspecto y el discreto papel de las actividades obligatorias para los jóvenes (Motl y cols., 2003). En este sentido, se percibe un factor interesante, ya que hacer AF por el gusto de la misma y en ella buscar resultados, sean estéticos o relacionados con el bienestar y la aptitud física, parece ser un punto de vista bien diferente de las AF y sus beneficios y aplicaciones, en vista de la realización solamente por la obligación de la clase de EF.

En este trabajo, como otros realizados con escolares, destaca la condición física, divertirse y la salud como los motivos principales de la práctica de AF, los hombres hacen AF por el motivo de divertirse más que las mujeres. Es importante destacar que estos alumnos son adultos jóvenes y que no tienen la asignatura EF en el currículo, por lo tanto, hacen AF por opción propia, mismo cuando esta la práctica es, en gran parte, dentro del CEFET-PB.

Stefanelo (1998), en investigación sobre motivos hacia la práctica de AF en adultos activos con más de 25 años (media de edad 41,5 para hombres y 40,3 para las mujeres) en las ciudades de Belo Horizonte, Porto Alegre, Río de Janeiro y São Paulo, Brasil, afirma que los encuestados contestaron que practicaban AF en primer lugar para preservar la salud y en segundo lugar, los participantes del sexo femenino buscaban conservar la estética, al paso que para los hombres fue el gusto adquirido por las actividades practicadas en la escuela.

También en Brasil, Monteiro y cols., (2003) en su investigación con personas con más de 20 años, encontraron que la recreación fue la razón citada por los hombres con mayor frecuencia para explicar por qué practicaban AF en tiempo libre, mientras, que el recreo, la salud y hasta razones estéticas fueron citados como aspectos importantes para las mujeres.

Siguiendo esta línea, Salmuski y col. (2000) en un estudio sobre la importancia de la AF hacia la salud y calidad de vida entre profesores, alumnos y funcionarios de la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil, concluyeron que la salud, calidad de vida y el placer fueron los motivos más relevantes de una manera general para los encuestados. De Sá (2003), en alumnos de la EM de Recife, Brasil, destaca los motivos: porque le gusta / tener gana (36%), salud / bienestar (13,3%) y mejorar la condición física (12,9%), motivos estáticos (12,1%) y obligación en las clases de EF (9,2%).

Es importante destacar que muchas veces hay una diferencia en las opciones de respuestas, por ejemplo: García Ferrando y col. (2002) utiliza el término ejercicio físico y nosotros hemos puesto mejorar la condición física; por lo tanto, este detalle habrá podido influir en la secuencia de algunos resultados.

Con una cierta aproximación a los datos de esta investigación, García Ferrando y col. (2002) en su investigación con españoles, encontraron que para la población española los motivos por los que se practica deporte son: por hacer ejercicio físico con el 58%, por diversión y pasar el tiempo con el 44%, porque me gusta el deporte con el 34%, por mantener y / o mejorar la salud con el 27%.

La salud como el principal motivo de la práctica de AF también fue verificado en los datos de investigaciones en edad escolar como: Mendoza y col. (1994), García Montes (1997), Torres (1998) y Casimiro (2002). En este trabajo la salud tuvo lugar de destaque en el grupo de discusión.

García Montes (1997) indica en su tesis que la salud es el factor más aceptado por la población para la práctica físico - deportiva en todos los estratos, incrementándose esta preocupación a medida que aumenta la edad. Otros estudios confirman esta tendencia como el de Mendoza y col. (1994) y Torres (1998) en poblaciones escolares.

Casimiro (2002), en investigación sobre hábitos deportivos y estilo de vida de estudiantes almerienses, con respecto a los motivos para las prácticas físico-deportivos en estudiantes activos, destaca que: la inmensa mayoría en secundaria (90%) realiza AF porque le gusta. El segundo motivo apuntado por todos los escolares es el de mejorar la salud con el 56,4% en secundaria; fundamentalmente en el sexo femenino, 3 de cada 4 chicas señalan la salud como motivo principal.

Hernán y cols. (2001), afirman que en los jóvenes españoles la principal razón por la que hacen deporte es para divertirse, pero también son identificadas otras razones, como la salud o hacer ejercicio.

4.2.7 - Motivos del abandono de la práctica o el por qué nunca hicieron AF

Según Fox y Biddle (1988), los jóvenes abandonan la AF ya que encuentran otro pasatiempo más divertido o porque sus expectativas no se han cubierto, apareciendo el desánimo y frustración.

Mota y Sallis (2002: 43) afirma que *“independiente de las barreras representasen realidades objetivas o subjetivas, parece que, de hecho, este determinante está negativamente correlacionado con la AF. Interesante es verificar que los jóvenes parecen desde temprano adoptar no solamente comportamientos sedentarios de los adultos, sino también a su manera de pensar sobre el ejercicio bien como justificar la ausencia de su práctica, nombrando la falta de tiempo y de interés”*.

Según una revisión de Seefeldt y cols. (2002) sobre las barreras más frecuentes para la opción de una vida sedentaria, están la edad avanzada, el estado de la salud personal, el estado socioeconómico, la geografía, los ambientes sociales y físicos, y la inhabilidad física. Sin duda, la opción más acertada para la promoción de la AF, depende del retiro de cualquier obstáculo que pueda interferir en la aceptación y la adherencia espontánea de la AF (Andersen, 2000).

Estos resultados nos llevan a tener en cuenta que, si bien la organización del modo de vida y el tiempo dedicado a cada actividad cotidiana, limitan la disponibilidad de tiempo, las opciones que cada persona toma para ocupar su tiempo libre, no dependen solamente de la falta de tiempo, sino de prioridades, valores, intereses, etc. (Martínez del Castillo y Puig, 1998).

Barros (1999), afirma en su investigación que *la falta de tiempo* es el principal obstáculo con el 66,5% de los trabajadores de la industria en Santa Catarina, Brasil, en segundo lugar *la falta de gana* con el 7,6%, y a continuación, *falta de recursos* con el 7,2%, *falta de oportunidades y dificultad de acceso a las instalaciones deportiva* con el 5,8%. La falta de tiempo fue la barrera más fuerte entre las mujeres y entre las personas más jóvenes, mientras que la falta de voluntad fue importante para los sujetos más viejos.

De Sá (2003), en investigación con escolares de la enseñanza media en Recife, capital del estado de Pernambuco (vecino a Paraíba), encontró como barreras más citadas para el abandono de la AF, la pereza / falta de voluntad y falta de tiempo.

En un estudio que involucró a 236 adolescentes norteamericanos con un promedio de 15,9 años (Tappe y cols., 1989), se ha encontrado la falta de motivación como una de las principales barreras citadas. Factores ligados a la falta de equipamientos, trabajo y clima, fueron bastante citados.

Seclén-Palacín y col. (2003), afirman en su investigación en la población urbana de Perú, que las barreras más importantes para la práctica del deporte percibido por los encuestados, indiferentemente del sexo, fue *la falta de tiempo, el desinterés y la falta de estructura deportiva*

En esta línea, Casimiro (2002) aborda que los motivos más importantes para no practicar deporte en los adolescentes, son la falta de tiempo y la pereza o desgana, especialmente en las chicas.

García Ferrando y col. (2002), siguiendo la misma línea, aborda los motivos más destacados por los que no hacen deporte los españoles. Están en el siguiente orden de importancia: no tener tiempo con el 45%, no les gusta con el 39%, por la edad con el 32% y por pereza y desgana con el 21%. Salir muy cansado del trabajo o del estudio, que está muy relacionado con el factor tiempo, alcanza el 17% de las respuestas.

Para García Montes (1997), los motivos por los que las chicas abandonaron el deporte en la adolescencia son, entre otros: los cambios que se producen en la personalidad y en los hábitos de vida durante esta etapa; las nuevas necesidades y expectativas respecto a las que predominan en la niñez; la pérdida de fuerza del tutelaje de los padres y el fortalecimiento de la pandilla de amigas como grupo de referencia; la conciencia de grupo, el liderazgo y la mayoría, que marcarán las pautas de conducta.

Szmolka (2002), señala que la práctica deportiva en Andalucía comienza a disminuir cuando los andaluces se incorporan al mercado laboral. Según la autora, la edad influye, pero también la falta de tiempo para realizar una actividad deportiva, como consecuencia de la larga jornada laboral. Así, sigue Szmolka (2002), encontramos que sólo un 35,8% de los andaluces de entre 26 a 35 años práctica algún deporte, disminuyendo ese porcentaje al 17,2%, en la población de entre 46 y 65 años.

Este trabajo sigue una línea similar a otras investigaciones en Brasil y en el mundo. Así pues, a continuación se justifica la escoja de estos motivos por los alumnos de CEFET-PB. Por tradición, el CEFET-PB, como los otros CEFETs en Brasil, siempre han sido escuelas con clases en los dos turnos (laboratorios, prácticas de AF, prácticas de educación artística, etc.), aunque los alumnos de la Enseñanza Técnica del nuevo modelo no tienen clases en los dos turnos; estos alumnos generalmente tienen otras actividades como trabajo, pasantía, curso universitario, etc., siendo la falta de tiempo una causa muy justificada, en este caso. Además de la situación socioeconómica, ambientes social y físico que viven, etc.

Y por fin, confirmando lo que fue justificado anteriormente, Roales (2004) afirma que el abandono de la AF en la edad adulta está muy relacionado con el cúmulo de compromisos y obligaciones en una forma de vida cada día más competitiva y complicada, principalmente en los grandes centros urbanos.

4.2.8 - Perspectivas futuras hacia la práctica de Actividad Física

El hecho de que la perspectiva positiva sea mucho mayor que la negativa es un dato esperado, quizás tenga relación con la publicidad en los medios de comunicación que asocian la práctica de AF con una vida sana, el incremento de gimnasios, programas que incentivan esta práctica y la constatación social de la importancia de la AF para la salud. En la perspectiva positiva, se presenta la mejora de la condición física como la opción más citada, lo que coincide con los datos de los motivos por los que practican AF.

García Ferrando y col. (2002), en la misma línea de este trabajo, abordan las perspectivas futuras hacia la práctica de deporte (si volverá a practicar) en Valencia, Comunidad Valenciana y en Españoles. Los datos más representativos apuntan respectivamente: *sí, con seguridad* con el 16%, 13% y 11%; *probablemente sí* con el 28%, 30% y 31%; *ahora no lo sé* con el 8%, 13% y 18%; *probablemente no* con 21%, 20% y 20% y *seguro que no* con el 27%, 20%, y 20%, respectivamente en cada un de los casos.

Angel y cols. (1998) en investigación con niños cordobeses (6º y 8º de ESO) afirma que el 89,7% cree que seguirá practicando algún deporte cuando tenga 20 años y los niños (51,4%) presentan una perspectiva más positiva que las niñas (33,3%).

4.3 - LAS ACTIVIDADES DE OCIO PRACTICADAS EN EL TIEMPO LIBRE

Sobre la base de los resultados de este trabajo, podemos analizar como las actividades de ocio pasivas son las de puntuación más alta. Sólo las cuatro primeras actividades con puntuación más alta presentaron una perspectiva positiva (sí) más grande que negativa (no) y la practicar AF presentó casi un empate con el 51,45% de sí y 48,6% de no.

Además, podemos indicar que los alumnos que practican deporte y suelen estar con su novio en su tiempo libre son más activos que aquellos que suelen hacer compras en su tiempo libre. Con relación a la actividad hacer compras, aunque sea una pregunta muy amplia, por la clase social baja a que pertenece estos alumnos, se puede deducir que las compras mencionadas están relacionadas con las necesarias para el hogar, y por lo tanto, los alumnos de clase social más bajas son aquellos que más colaboran con las tareas del hogar y en este estudios son menos activos que los de mayores renta familiar.

Podemos también indicar que los hombres en su tiempo libre salen más de excursión o para pasear y hacen más deporte que las mujeres, y éstas salen más para bailar y / o ir a discoteca, van más de compras y afirman estar más con su novios que los hombres.

Según la literatura, algunos factores contribuyen significativamente para la instalación de un cuadro de reducción de gasto energético entre los niños y adolescentes. Entre ellos: la reducción de los espacios de ocio y aumento del índice de violencia; menos utilización de locomoción; reducción en los números de clases semanales de EF, con predominio de actividades ligeras (Guedes y Guedes, 1997 y Sarkin y cols, 1997); además es evidente la

sustitución de las actividades de ocio que exigen mayor gasto energético, por actividades de ocio pasivo (Bar.Or y cols., 1998; Gambardella y Gotlheb, 1998).

IBGE (1998), afirma que la industria del ocio, de la actual era de la tecnología, proporciona gran variedad de formas de ocio pasivo. El ordenador, presente en 10% de los hogares de los brasileños, juntamente con el CD-Rom y la internet son ejemplos de las innovaciones tecnológicas que son responsables por la disminución de la práctica de AF.

Barros (1999) en investigación con trabajadores del Sur de Brasil, afirma que los hombres (24,8 horas) pasan más tiempo en el ocio pasivo que las mujeres (22,6 horas). El tiempo gastado en ocio pasivo (jugar cartas, asistir TV, leer) fue de 24,2 horas por semana (DP= 13,3; IC= 95%: 23,7 a 24,6).

Guedes y cols. (2001), en investigación con escolares de 15 a 18 años en Londrina, Paraná, Brasil, afirma que los chicos permanecen tiempo significativamente mayor en frente a la tele y o vídeo que chicas (4,04 para 3,25 horas / días). Aunque que a con el avance de la edad el promedio disminuyó de manera significativa. Los adolescentes más pobres presentan un promedio mayor dedicado a las actividades pasivas.

Diferentes datos indican que el adulto americano gasta un promedio de tres horas / días y veinte y cinco / semanales en ver televisión, vídeos y cine (Salís y Owen, 1999). Además, conforme a Vahas (2001), la sociedad contemporánea adoptó una filosofía de vida orientada hacia la tecnología que evita los esfuerzos y aumenta el confort.

O'Dell (1997) acredita que el principal desafío para los profesionales de la recreación que atienden las necesidades de los adultos, no es solamente alterar los tipos de programas de ocio, sino la forma como esos programas están siendo ofrecidos. Programas de ocio dirigidos a toda la familia, parecen atender mejor las necesidades de adultos y niños, tal vez porque la familia sea la más antigua e, históricamente, la más importante institución social. Para los sujetos de esta investigación, esta afirmación es muy interesante, ya que estar con la familia es la opción más representativa de actividad de ocio.

García Ferrando y col. (2002) presentan datos muy similares al de esta investigación. Se desprende como dato significativo, la preponderancia de las actividades sedentarias frente a las actividades que comportan AF. El tipo de actividad empleada en el tiempo libre en Valencia, Comunidad Valenciana y España, sigue la misma tendencia, presentando como

actividades más representativas: *estar con la familia* con el 79%, 83% y 76%, *ver TV* con 71%, 83% y 69%, *estar con los amigos* 58%, 59% y 56%, *leer libros, revistas* con el 57%, 53% y 44%, *escuchar música* con el 51%, 50% y 44%. *El hacer deporte* se encuentra en el 10 lugar con el 36%, 35% y 31%.

Márquez y cols. (2003) encuentran en el factor tiempo libre con relación al género, datos diferentes a los de nuestro trabajo; mientras en nuestro trabajo; las variables que tienen relación significativa son salir de excursión, bailar / ir a la discoteca e ir de compras. En la población universitaria de Chihuahua, México, se percibe significación en ver la TV, leer y escuchar música. Todos los días ven la televisión 14 hombres, mientras que 1 mujer lo hace con la misma frecuencia ($p < 0.019$); en el hábito de leer todos los días, 11 son los hombres que leen y 30 son las mujeres ($p < 0.036$); y por último, el escuchar música, las mujeres lo hacen con mas frecuencia que los hombres ($p < 0.050$).

Los resultados de Gómez-López y cols. (2003) siguen la misma tendencia de la que prevalecía en las actividades pasivas frente a las más dinámicas en el tiempo libre. Durante los días laborales ocupan mayoritariamente su tiempo libre con actividades de ocio pasivo, durante los fines de semana lo que más realizan son actividades de relación social y diversión, y en períodos vacacionales suelen practicar, preferentemente, actividades de ocio activo y deportes, corroborándose así los resultados encontrados en los anteriores estudios de Hernández Rodríguez (2001) y Ruiz Juan (2001).

Comas y cols. (2003) afirman que las cuatro actividades esenciales para los jóvenes y adolescentes españoles son, de manera jerárquica, alimentarse, asearse, ver la televisión y desplazarse. Dirigiendo la mirada hacia las principales actividades de ocio, aparte de la televisión, que fue clasificada en este trabajo como una actividad básica, es evidente que las más significativas son, en este orden, primero charlar, segundo tomar copas, tercero ir de compras, cuarto escuchar música, quinto manejar el ordenador o los videos juegos y sexto practicar deporte.

Así que, en esta investigación, las actividades de diversión (ir al cine / teatro / conciertos), son también muy frecuentes entre los alumnos más jóvenes en el CEFET-PB (menos de 20 años) como también entre los adolescentes españoles.

La diferencia de actividades de tiempo libre con relación a la ciudad, quizás pueda tener una explicación en el sentido que João Pessoa – la capital del estado de Paraíba – ofrezca más opción y acceso de ocio que Cajazeiras, que es en una región pobre del estado. Con relación a los alumnos de Cajazeiras tener mayor frecuencia de ir bailar e ir a discoteca, aunque en João Pessoa tenga más opción de discotecas que Cajazeiras, el nivel socioeconómico de estos alumnos pueden no permitir el acceso a estas casas nocturnas y el bailar puede ser la diferencia en esta opción, ya que en el interior del estado es más común los bailes populares como por ejemplo el forró.

Es posible que la masiva actividad de ocio pasivo puede estar relacionada con la falta de espacios lúdico-recreativos cercanos a su domicilio, así como a la falta de alternativas físico-deportivas extraescolares no competitivas, las cuales, sin duda, favorecerían una disminución del sedentarismo juvenil en el tiempo de ocio (Sicilia y cols., 2003). Es necesario reconocer en qué prefieren ocupar el tiempo libre nuestros jóvenes, para así poder mejorar y adaptar la oferta físico-deportiva, consiguiendo incrementar la práctica de AF, ayudando a mejora de la salud y de la calidad de vida de estos estudiantes.

Es preocupante el alto índice de actividades pasivas practicada por esta población en el tiempo libre; urgen actuaciones estrategias que estimulen la practica de AF, ya que estos alumnos no tienen la EF en el currículo (quizás la única forma de hacerla es en la escuela) y tampoco tienen muchas oportunidades de practicar AF en el tiempo libre.

4.4 - LA EDUCACIÓN FÍSICA / DEPORTE QUE HAN TENIDO EN LA ENSEÑANZA MEDIA

Con relación la práctica de EF en la enseñanza media, merece ser destacado que en Brasil (algunos estados, como el caso de Paraíba), los alumnos hasta 1998, podrían ser dispensados, por algunos motivos como hacer curso nocturno, mujeres que fuesen madres con más de 30 años, por trabajar, enfermedades, servicio militar, etc. Después de la LDB-1996, estas dispensas se quedaron a cargo del proyecto político pedagógico de cada escuela. Además, los alumnos que formaban parte del equipo de la escuela eran dispensados de la EF y en algunos casos también eran dispensados los alumnos que hacían AF comprobada en clubes, gimnasio, etc. Luchtemberg, (2003), observó porcentajes aún más elevados de alumnos dispensados que los nuestros, el 47,9% de los sujetos no participan de las clases de EF. Quizás este número de alumnos dispensados más reducido del CEFET-PB tiene una

relación con el gran número de alumnos que salieron de la enseñanza media de esta institución, donde hay una estricta evaluación para dispensar los alumnos de esta práctica.

En el Brasil, la frecuencia de la EF era amparada por ley y debía ser practicada tres veces en la semana; después de la LDB-1996, esta frecuencia sería determinada por el proyecto pedagógico de cada escuela, siendo adoptado en la mayoría de las escuelas dos veces en la semana. Estos alumnos que ahora están en la enseñanza técnica, cursaron la enseñanza media después de la LDB y, por lo tanto, está explicado el alto índice de frecuencia de 1 a 2 veces a la semana. En el CEFET-PB, las clases de EF aún son tres veces en la semana, pero no es esta la realidad en el estado. Luchtemberg (2003), en esta misma idea, afirma que el 50,8% de los alumnos hacen EF de 1 a 2 veces a la semana y solamente una pequeña parcela (1,3%) participa de 3 o más clases de EF semanales en las escuelas de Santa Catarina, Brasil. Los alumnos que hacían AF fuera de la escuela y participaban de entrenamiento, generalmente son alumnos que hacen AF más de 3 veces en la semana. Los alumnos que solamente hacen EF una vez en la semana, son aquellos que son dispensados y hacen clase teórica (esto no es una praxis en todas las escuelas).

En cuanto a la percepción de las clases de EF en la enseñanza media, esta representativa perspectiva positiva más alta también es percibida en la investigación de Luchtemberg (1995 y 2003) en Santa Catarina y Grande Florianópolis, Brasil.

La investigación de Casimiro y col. (2002), presenta datos parecidos, aunque un poco superior a los datos de esta investigación. El 33,5% de los encuestados de secundaria afirma que le gusta mucho la EF.

La influencia de la EF en el estilo de vida de los alumnos del CEFET-PB presenta un perspectiva más negativa (66,65%) que positiva (33,62%). Por lo tanto, para estos alumnos aunque les haya gustado la práctica de la EF en la enseñanza media, ella no presenta relación con el estilo de vida que tienen hoy día. Novaes (2002), en investigación con escolares de la enseñanza media en Blumenau, Santa Catarina, Brasil, aporta que menos de la mitad de los jóvenes encuestados (45,6%) acreditan que la clase de EF influye en su estilo vida.

García Ferrando y col. (2001), en encuesta en Valencia sobre el grado de importancia del lugar que ocupan el deporte y la EF en el conjunto de aspectos de la vida de Valencia y el lugar que debería ocupar, encuentran un porcentaje del 93% que opina que resulta *importante o muy importante* que debería ocupar el lugar que realmente ocupan; el 50% de la población

opina que el deporte y la EF están actualmente positivamente consideradas, frente al 45% que se manifiesta en sentido contrario, en términos de una consideración baja o nula. Los datos de la población española son muy similares y no presentan diferencia significativa.

Las principales características que podemos extraer de los resultados obtenidos, respecto al nivel de AF en función de la EF en la enseñanza media, es que los alumnos que son activos hoy día fueron alumnos que presentaron porcentajes más altos con relación a la practica de EF en la escuela, seguido de deporte en la escuela y AF fuera de la escuela; mientras que los sedentarios hoy día eran alumnos que aunque hayan presentado alto nivel de practica de EF en la enseñanza media, tiene un porcentaje alto de dispensados e inferiores con relación al deporte en la escuela y AF fuera de la escuela cuando comparamos con los activos.

Podemos decir que los alumnos activos que practicaron Deporte / EF en la enseñanza media presentan un porcentaje de 52,07% para una frecuencia de 3 a 4 veces por semana y los sedentarios un porcentaje de 37,58% para esta misma frecuencia; por lo que se puede afirmar que los alumnos activos tenían en la enseñanza media una frecuencia más elevada que los sedentarios, ya que sus datos son más representativos en las frecuencias de más de tres días de práctica en la semana y los sedentarios presentan porcentaje mayor en la frecuencia de 1 o 2 veces en la semana.

Profundizando en esta línea y analizando el estudio realizado por Luchtemberg, (2003) se percibe la misma tendencia de nuestro estudio, esto es, la EF estaba asociada a la practica de AF. Se observó que hay una significativa tendencia de reducción en la proporción de escolares insuficientemente activos con el aumento de clases de EF.

En un estudio sobre AF en mujeres negras, Adms-Campbell y cols. (2000), a partir de datos de 64.101 sujetos, observaron que la AF vigorosa, moderada y caminatas se relacionan con la participación de AF intensa durante la enseñanza media. Los autores sugieren que el hábito de practicar ejercicio físico es reflejo de la práctica de EF en la escuela. García Montes (1997), en esta misma línea, afirma la estrecha relación positiva entre la práctica de ocio activo durante el tiempo libre en la edad adulta y la percepción favorable en cuanto a las clases de EF recibidas en los años de escolarización.

Aunque haya una relación de estas variables, no podemos afirmar con rotundidad esta tendencia, hemos de tener presente otros factores condicionantes, independiente de la experiencia escolar (Casimiro, 2002).

Se puede decir que la práctica de la EF en la enseñanza media en la mayoría de los casos en las escuela era de 1 a 2 veces en la semana, confirmando la disminución de la frecuencia semana de las clases de EF en la enseñanza media en Brasil, que hasta 1996 / 97 era obligatorio ser de 3 veces en la semana. La correspondencia de la práctica de deporte con la frecuencia de 3 a 4 veces en la semana, confirma la realidad de Brasil; estos alumnos tienen un tratamiento diferenciado por los entrenadores / profesores, practican AF más veces en la semana y además son dispensados de las clases de EF.

Con relación a las características de la EF en la enseñanza media en función de la renta, se debe destacar que aunque la renta de hoy día no es obligatoriamente la renta de estos alumnos cuando estudiaban en la enseñanza media, estos en su gran mayoría salieron de la enseñanza media hace poco tiempo, y se puede deducir que la renta familiar de hoy es similar a la de cuando estaban en la enseñanza media.

Esta la dimensión grupo de práctica de EF en la EM en función de la renta, nos lleva a comprobar que los alumnos con renta más alta hoy día tenían una frecuencia de practica de deporte / EF mayor que los alumnos con renta más bajas y, además, practicaban más deporte en equipo y eran menos dispensados de las clases de EF.

Sallis y cols. (1996) analizaron las diferencias del nivel de práctica en AF con relación al nivel socioeconómico destacando la regularidad en las clases de EF. Es percibida una mayor participación de los alumnos en escuelas más privilegiadas económicamente, comparadas con las de pocos recursos, donde las ausencias tanto de los alumnos como de los profesores en las clases, son mayores.

Aunque los alumnos del CEFET-PB sean todos de una escuela pública, estos alumnos de la Enseñanza Técnica son alumnos que en la enseñanza media han estudiado en escuelas públicas o privadas y la renta familiar es una de las formas que determina las condiciones de estudiar en una escuela privada. Por lo tanto se puede suponer que los alumnos con rentas familiares muy bajas son casi siempre aquellos que estudiaron en escuelas públicas

En un país como Brasil, donde muchos no pueden frecuentar clubes y gimnasios, la EF curricular en todos los niveles debería proporcionar oportunidades de adquirir hábitos de AF para una vida activa, como una estrategia fundamental en la búsqueda por la salud y bienestar de los jóvenes.

Se entiende que la EF es un instrumento eficaz en la construcción de la educación de un ciudadano, por estar involucrada con la realidad más próxima de los alumnos, que es el movimiento, desdoblado sus potencialidades en la medida en que se transforma en un artífice de su destino y resultando más apto para convivir solidariamente en sociedad.

4.5 - CONOCIMIENTO TEÓRICO SOBRE LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA APTITUD FÍSICA HACIA LA SALUD Y SU APLICACIÓN PRÁCTICA

La intención de esta evaluación teórica, aplicada a los alumnos de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB, tiene la función de conocer el rendimiento teórico de los alumnos para informarle de sus procesos, pronosticar sus posibilidades y orientarles para posibles intervenciones de AF hacia la salud en este nivel de enseñanza. De esta manera, se entiende la evaluación fundamentalmente como una ayuda o mejora del proceso de enseñanza (Blázquez y Sebsastiani, 1998). La evaluación forma parte de la vida del ser humano. La evolución de cada una de las conductas se produce gracias al análisis y valoración de las experiencias vividas, determinando los sucesivos niveles de aprendizaje (Delgado y Tercedor, 2002).

En la misma línea de esta investigación, los resultados del estudio en Brasil de Bracco y col. (1999), Cassefo y col. (1999), Ausenka y cols. (2001) y Pereira (1984, 1998 y 2000), encuentran un bajo nivel de conocimiento en la temática AF hacia la salud, incluso en estudiantes del curso de EF y de medicina. Pereira (2000) encuentra porcentajes similares a este estudio: la media de aciertos es de 51,06% (1984), 51,08% (1995) y 46,11% (1998). Este mismo autor encuentra el 84,64% de alumnos que han tenido notas por debajo de 5. Zamai y cols. (1999), verificaron en Campinas, São Paulo, Brasil que el 69% de los adolescentes escolares no sabían lo que sería AF y salud, y 54% afirmaron que en el período escolar no han tenido discusiones sobre el asunto.

López y Moreno (2000) afirman que uno de los grandes problemas en transmitir contenidos teóricos en EF es el de cómo llevar los conocimientos teóricos a las clases expresados en hechos, conceptos y sistemas conceptuales. Está insuficiencia, según estos

autores, está asociada al propio proceso de formación inicial y permanente en cuanto a qué, cómo y cuándo enseñar y evaluar hechos y conceptos en EF. Quizás esta sea una de las razones de la poca asociación de la práctica con la teoría en las clases de EF y, consecuentemente, los bajos índices de conocimiento teórico que presentan estos alumnos cuando son evaluados.

El estudio de Pérez y Delgado (2004), obtuvo un bajo nivel conceptual, situándose el número de respuestas positivas mayoritariamente alcanzado entre 6 y 9, con un 22%, entre 25 preguntas realizadas. Tras la puesta en práctica del programa de intervención (postest), los resultados produjeron una significativa evolución en el nivel de conocimiento de los alumnos, pasando a moverse en unos valores de entre 11 y 22 (para 25 preguntas), con una media por encima de 15; en el retest, se mantiene e incluso se aumenta estos valores.

Las cinco preguntas que tuvieron los mayores índices de aciertos fueron las que tenían relación con los abdominales, movilidad articular y composición corporal. Las cinco preguntas que tuvieron mayor índice de errores tenían relación con la fisiología del esfuerzo (pulsaciones, frecuencia cardiaca), sesión de EF y entrenamiento físico.

Basándose en estas reflexiones, la venta por la televisión de aparatos de gimnasia, con énfasis en abdominales, la relación directa del abdomen con la estética y la denominación popular de este ejercicio gimnástico como principal músculo agonista pueden haber contribuido en el alto porcentaje de aciertos. Por su parte, la movilidad articular es hoy día una capacidad física muy difundida en los medios de comunicación y su importancia en el calentamiento y relajación después de los ejercicios (ítem abordado en las preguntas) es uno de los asuntos más comentados en esta divulgación. Además, estas prácticas son muy populares entre profesores y alumnos en la escuela, y aparecen con frecuencia en el día escolar, aunque su práctica pedagógica muchas veces no aborda de manera más profunda los tipos, los motivos, etc.

Las preguntas con mayor porcentaje de errores, fueron aquellas que se alejan más de lo sencillo e inmediato, y exigían raciocinio más profundo. Asimismo, se debe considerar que estas temáticas presentan dificultad, incluso entre los alumnos del curso de EF (Ausenka y cols., 2001) y medicina (Cassefo y cols., 1999); ya que no son temas del sentido común, se puede considerar más específica del área y son menos discutidas en los medios de comunicación.

En línea contraria a esta investigación, Pereira (2000), en investigación con escolares del último curso de la enseñanza media en Rio Grande do Sul, Brasil, encuentra relación significativa entre las notas más altas con los alumnos con rentas más bajas. En nuestro caso, la cantidad de aciertos fueron para los alumnos con mayor renta familiar, y esto puede tener relación con el nivel de AF de estos alumnos (los más activos, se interesan más por estos temas) y la relación existente de la elevación de la renta con mayores posibilidades de acceso a los bienes culturales y frecuencia a las escuelas más bien estructuradas para la práctica de EF. Además podremos considerar que estos alumnos tienen más acceso a informaciones sobre estas temática (revistas especializadas, internet, TV de cable, etc.).

Los datos relacionados con el mayor aciertos de los alumnos de la enseñanza profesional, pueden indicar la fuerte influencia externa a la escuela de la información sobre esta temática, ya que existe una relación muy significativa ($p \leq ,000$) de la edad con el nivel de estudio. O sea, los alumnos más jóvenes, aquellos que salieron hace poco de la enseñanza media, y que adquirieron este conocimiento en la EF escolar, deberían tener una media de aciertos mayores. Tampoco fue encontrada en esta investigación relación significativa entre aciertos en las respuestas teóricas con el grupo de práctica de EF en la enseñanza media (hacían EF, dispensados, etc.) y frecuencia de práctica (1 vez por semana, 3 veces por semana, etc.), lo que puede reforzar la hipótesis de la poca influencia de las clases de EF en la enseñanza media en los conocimientos teóricos sobre temas de la AF hacia la salud de estos alumnos.

Entre los alumnos que acertaron un promedio de 70% de las respuestas, los datos son mayores para los activos (24,26%) que para los sedentarios (14,58%). Hoy son muchas las formas de informaciones sobre AF; los temas que presentan un mayor índice de aciertos están relacionados con los abdominales y la movilidad articular, temas considerados de dominio público, en tanto que aparecen en los medios de comunicación. Pereira (2000) en su investigación afirma que los alumnos con notas más altas son los que hacen EF, pero esta diferencia no es significativa.

Aunque no se tenga seguridad de que los alumnos que tienen un mayor conocimiento, sean más activos, se infiere que aquellos estudiantes, con menor capacidad cognitiva, en hipótesis, disponen de menores posibilidades de huir, conscientemente, del sedentarismo y de la alienación. Se cree que para optimizar los conocimientos de los escolares es necesario momentos de cualidad cognitiva en las clases de EF (Pereira, 1998). ¿Quién, de no ser el

profesor de EF, podría contribuir para que los ciudadanos dispongan de conocimientos, convicciones, y prácticas, con el objetivo de crear, en el inmediato y en el futuro, hábitos de vida sanos y optimizados niveles de aptitud física, cognitiva y habilidades motoras, de modo que puedan disfrutar de los beneficios?

4.6 - VARIABLE RELACIONADA A LOS HÁBITOS DE VIDA SANOS DE LOS ALUMNOS DEL CEFET-PB

4.6.1 - EL CONSUMO DE TABACO

De todos los hábitos nocivos, el tabaquismo es, sin duda, el hábito que más afecta a la longevidad. La mitad de las personas que fuman mueren directamente a causa de esta adicción y la mitad de ellos mueren a una mediana edad, perdiendo así unos 20-25 años de vida. Cerca de 15% de la mortalidad mundial anual se debe al tabaquismo. En Europa, la mortalidad anual debido al tabaco se cifra alrededor de 500.000 personas (Salvador-Carulla, 2004).

En Brasil, el número de fumadores es de 35 millones, 3 millones están en la franja entre 10 y 19 años. Quien empieza a fumar en esta fase de la vida tiene más probabilidad de fumar por más tiempo. Cada año, solamente el 3% de los fumadores logran dejar de fumar solos, aunque hasta el 78% de los tabaquistas quieren librarse de la dependencia. Entre 1979 y 1998, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón ha crecido 56% entre los hombres y 108% entre las mujeres, lo que puede ser atribuido al aumento del consumo de cigarrillo entre las mujeres (OMS, 2003). De acuerdo con la secretaria de la Receta Federal en Brasil, el consumo per capita de cigarrillos tuvo una reducción de aproximadamente 5,8%, de 1999 a 2000. (Ministerio de la Salud, 2001).

Aunque el número de consumo de cigarrillo en Brasil sea alarmante, este país es reconocido internacionalmente como pionero en la adopción de medidas para el combate contra el tabaquismo. En 1998 fue publicada la primera reglamentación nacional sobre los embalajes y publicidades de productos fumígenos, que determinaban, entre otras cosas el uso: *“El Ministerio de la Salud advierte: fumar es perjudicial a la salud”*. En 1999, por determinación del entonces Ministro José Serra, las advertencias en las cajetillas fueron sustituidas por frases más directas como: *“La nicotina es droga y causa dependencia”* y *“fumar causa impotencia sexual”*. Fue determinante en 2001 la reducción del nivel de sustancias tóxicas en los cigarrillos nacionales y importados. La medida ha derrumbado

también el uso de denominaciones como *ligh* y bajas cantidades de nicotina o alquitrán. Aun en 2001, las acciones de combate contra el tabaquismo se intensificaron con la restricción total de la publicidad de productos derivados del tabaco por los medios de comunicación (TV, radio, periódicos, revistas, etc.). La misma ley ha prohibido en 2003 el patrocinio de eventos culturales y deportivos, además fue prohibido el consumo de cigarrillo dentro de aviones y transportes colectivos. En 2002, fue determinada por el Ministerio de Salud la utilización de fotos que ilustraban los males causados por el tabaco en las cajetillas, además de las advertencias escritas.

La American Cancer Society calcula que 156.000 norteamericanos han muerto en 2003 en consecuencia de cáncer relacionado con el hábito de fumar, aunque el tabaquismo sea una de las principales causas evitables de enfermedades que conllevan a las incapacidades prematuras o a la muerte (Malcon y cols., 2003).

En esta población estudiada, aunque el objetivo de la investigación no fuera clasificar los tipos de fumadores, podremos decir que la mayoría (60%) de los encuestados pueden ser considerados fumadores ocasionales, ya que fuman de 1 a 5 cigarrillos diarios.

Según revisión de Díez-Gañán y cols. (2002), la prevalencia de fumadores ocasionales en la población general mayor de 16 años oscila entre un 3,7% en California, un 6% en Finlandia y un 7% en Canadá, y alcanza el 18% entre los jóvenes universitarios de EEUU. Se ha estimado que 5-10% de los fumadores consumen 5 o menos cigarrillos al día.

Según revisión de Von Eyben y Zeeman (2003), la tendencia al consumo de tabaco en distintos países europeos ha disminuido en Dinamarca de un 80% en 1950 al 35% en 1995, mientras hubo un aumento del consumo en el número de cigarrillo. En Italia hubo una disminución en hombres adultos del 72% al 46% entre 1949 y 1983; ha disminuido también un tercio en Reino Unido y Finlandia. Ha aumentado el consumo en Portugal y Grecia en un 50% y en Francia entre las mujeres aumentó entre 1979 y 1991, aunque hubo disminución después de la Ley Evin.

En otros países como Inglaterra, Estados Unidos, Canadá y países nórdicos europeos se introducen legislaciones restrictivas sobre los anuncios de cigarrillo, sobre todo en televisión; prohibición de venta a menores, campañas educativas y preventivas, restricción en

lugar de consumo, y otras disuasorias de cara a conseguir que el número de fumadores vaya descendiendo y quede reducido (Díaz, 2002).

Díaz (2002) afirma que a día de hoy, las ofertas (industrialización), los buenos precios de cigarrillo (comparados con tiempos pasados), la publicidad exagerada y descontrolada, han conducido a una situación auténticamente preocupante, desde del punto de vista de la salud pública a nivel mundial.

En la tentativa de favorecer posibles comparaciones entre este estudio con otros, involucrando jóvenes brasileños y extranjeros, se buscó considerar los estudios cuyos conceptos operacionales son más parecidos al adoptado en este estudio.

No fue significativa muchas veces la inferencia entre variables que incluyen el consumo de cigarrillo, debido al bajo índice de fumadores en esta población. En el presente estudio se ha encontrado un porcentaje de 2,3% para los alumnos que fuman actualmente y de 7,5% para alumnos del CEFET-PB que ya probaron el tabaco. Cuando comparamos los datos de los que fuman actualmente con otros estudios en Brasil, nuestros datos presentan índices inferiores de exposición al tabaco, los datos que más se acercan fueron encontrados en escolares de Blumenau, con el 6,5% para alumnos de escuelas públicas de la enseñanza media (Novaes, 2002), Santa Catarina con el 6,8% (Luchtemberg, 2003) y Farias Junior (2002) con el 8,9%, lo que es muy inferior a la media nacional de 39% y de la media de la Región Sur del país que tiene 11,1% (Horta y col., 2001). Entre escolares de São Paulo de la enseñanza media, fue encontrado un porcentaje mayor del consumo de tabaco: 50% de los alumnos entrevistados (Scivoletto y cols., 1999) y en Santa Catarina fue encontrado un 54,7% de fumadores (Baus y cols., 2000).

En línea contraria a los resultados de esta investigación, en España el índice de los sujetos según datos de la ENS-2003 (Encuesta Nacional de Salud) apunta las siguientes informaciones sobre los hábitos de fumar:

- ▶ El 39 por ciento de los hombres y el 23,4 de las mujeres fuma. Del total de personas que fuman, el 89,5 por ciento lo hace diariamente. En las edades jóvenes apenas hay diferencias por género. De cada 100 hombres de 16 a 24 años, 38,9 fuman y 34,1 en el caso de las mujeres. Los porcentajes más altos de fumadores en hombres y mujeres se presentan a diferentes edades: 35 a 44 años para los hombres y 16 a 24 años para las mujeres;

- ▶ Ha disminuido el consumo de tabaco entre los escolares, tanto el consumo experimental como el consumo más reciente. Esta reducción se observa también en el consumo diario.

La Encuesta Escolar sobre Droga en España, 2002 apunta los siguientes datos generales con relación al consumo de tabaco entre escolares de 14-18 años:

- ▶ Un 28,8% de los estudiantes fuman habitualmente y un 6,5% son ex fumadores;
- ▶ El consumo está más extendido entre las chicas (33,1%) que entre los chicos (24,2%);
- ▶ El consumo medio de cigarrillos cada día es de 7,4, siendo mayor la cantidad de cigarrillos fumada por los chicos que por las chicas;
- ▶ La gran mayoría (83,4%) de los estudiantes que fuma en la actualidad se ha planteado;
- ▶ o alguna vez dejar de fumar, aunque lo han intentado sólo la mitad (42,3%).

Sáenz-López y col. (2001), en investigación con universitarios en Huelva, afirman que el 21% de los encuestados son fumadores (diarios y esporádicos) y esto va en aumento según la edad. La proporción de fumadores entre chicos y chicas es similar. La media de cigarrillo fumado al día es de 8,8%.

Comparando con EUA, el consumo de tabaco por los escolares del CEFET-PB fue mucho menor que en estudiantes americanos de la enseñanza media, con el 44,8% (Grunbaum y cols., 2000).

Analizando la posible asociación entre género y el consumo de cigarrillos, los resultados de este estudio no encuentran diferencias significativa entre los hombres y mujeres, aunque los hombres presentan un número mayor de fumadores (8 para 2) y de ex fumadores (16 para 7), comparado con las mujeres. Estos datos concuerdan con los estudios de Farias Junior (2002), Luchtemberg (2003), Malcon y cols. (2003), entre otros, y difieren de los datos de Muza y cols. (1997), ENS (2003), entre otros.

En algunos países, las chicas consumen más tabaco que los chicos, como es el caso de España (Mendoza, 1998; Héran y cols., 2002 y ENS, 2002). Aunque Brasil tenga un aumento del consumo de cigarrillo entre las mujeres, los datos de las investigaciones aun apuntan el consumo mayor entre los hombres, en la región investigada, nordeste de Brasil.

Esto puede ser caracterizado por ser un entorno más tradicional en el sentido sexista y fumar es aún considerado un hábito más del hombre que de la mujer.

En este estudio, la edad se mostró asociada al hábito de fumar. Los resultados apuntan a mayores porcentajes de alumnos más jóvenes (hasta 25 años) que han probado y que fuman actualmente el tabaco. Estos resultados concuerdan con estudios de Muza y cols. (1997), Horta y cols. (2001), Luchtemberg (2003) y Hérmán y cols. (2002) entre otros, que encuentran relación de la variable edad con el hábito de fumar.

Estudios americanos (Bosse y cols., 1993) han revelado el potente poder adictivo de la nicotina al presentar la evidencia de que la dependencia en los adolescentes puede darse durante el primer o segundo mes después de iniciar el hábito, incluso en los casos en los que fuman sólo unos cuantos cigarrillos al mes. Los adolescentes, debido al aún inmaduro desarrollo de su cerebro anterior, no siempre son capaces de tomar decisiones juiciosas en cuanto a fumar. Muchas veces se dejan influenciar por el entorno (amigos, etc.), no contemplan o menoscaban las consecuencias en la salud, a largo plazo, y subestiman las futuras dificultades al tratar de abandonar el hábito. Por lo tanto esta puede ser una de las justificaciones del alto porcentaje de fumadores en la edad más temprana.

El hábito de fumar se mostró asociado de forma significativa al estado civil, concordando con los datos de Barros (1999) y Farias Junior (2002) y discordando con los datos de Luchtemberg (2003), que no encuentra relación entre el hábito de fumar con el estado civil de los encuestados. Los alumnos que más han probado el tabaco son los casados y lo que más fuman actualmente son los solteros. En esta investigación es muy representativa la cantidad de alumnos solteros, por lo tanto, lo que puede ser un sesgo con relación a esta característica sociodemográfica.

El hábito de fumar se mostró asociado de forma significativa al nivel de estudio, concordando con los datos de Lynch y cols. (1997) y Barros (1999) y discordando con los datos de Montero y cols. (2001), ya que en este estudio los médicos fuman más que los alumnos del curso de medicina. Muchos estudios con escolares no permiten hacer la inferencia del hábito de fumar con el nivel educacional, ya que todos los alumnos tienen el mismo nivel educacional, pero en este caso, aunque sea expresiva la cantidad de estudiantes con la enseñanza media (ya que este es el nivel de exigencia para cursar un curso técnico), también hay alumnos con cursos técnicos e incluso universitarios. Los alumnos que más

fuman actualmente son los que han concluido la enseñanza media, que también son más jóvenes.

En función de la situación laboral, los datos de Luchtemberg (2003) difieren, presentando el porcentaje más grande de fumadores para los alumnos que trabajan 7,1% y 6,4% para los que no trabajan.

Con relación al nivel socio económico no hubo relación significativa en este estudio. Algunos estudios tampoco encontraron esta relación: Horta y cols. (2001); Muza y cols. (1997), Luchtemberg (2003), Novaes (2002) entre otros. Por otro lado, Ivanovic y cols. (1997), verificaron que jóvenes de clase socioeconómica menos privilegiada estaban más expuestos al uso de tabaco, comparados con jóvenes de clase social más favorecida.

El hábito de fumar se mostró asociado de forma significativa al hábito de beber alcohol; son muchas las investigaciones que encuentran esta relación: Navarro (1998), Casimiro (2002), Encuesta Escolar sobre Droga en España (2002), ENS (2003), Luchtemberg (2003), Pamela y cols. (2002) entre otros.

El bajo nivel de fumadores entre los alumnos del CEFET-.PB es sorprendente comparado con otras poblaciones no escolares, principalmente en otros países, pero al comparar con la población escolar en Brasil, aunque tenga un índice más bajo, en algunos casos, los datos son próximos. Se debe considerar la escasez de estudios de referencia en la región investigada y además poner en relieve la diversidad de aspectos de la población brasileña, que presenta diversidad geográfica, socioeconómica, cultural, etc.

Aunque el hábito de fumar en el presente estudio presente índices bajos, es muy importante la preservación de esta costumbre de no fumar y el apoyo a los fumadores en el sentido del abandono del vicio. Los datos de Brasil, de una forma general, son más positivos con relación al hábito de fumar que en España, y esto puede tener relación con las normas impuestas por los órganos públicos con relación a la restricción de fumar. Quizás estos datos ya sean un reflejo positivo de las medidas adoptadas por Brasil, que es un de los países pioneros en el combate contra el cigarrillo. Hoy en Brasil, es notable una mejora en la postura adoptada por los ciudadanos fumadores, que suelen respetar estas normas, y además son crecientes los espacios para fumadores, lo que difiere de forma expresiva la antigua actitud de los no fumadores que tenían que soportar el humo o retirarse del ambiente. Asimismo, es

importante destacar además la influencia de las particularidades de cada región de Brasil (religión, clima, leyes para inhibir el uso de tabaco, etc.), lo que puede diferenciar en los resultados alcanzados en diferentes regiones.

4.6.2 - EL CONSUMO DE ALCOHOL

“El consumo abusivo de alcohol y la dependencia a esta sustancia suponen, junto con el tabaco, el principal problema adictivo en las sociedades modernas. En muchos países occidentales, algunos de ellos grandes productores de vino, cerveza y destilados, las políticas sobre el uso y abuso de alcohol se consideran más una cuestión ligada a determinados sectores económicos y productivos, como la agricultura, el turismo y el comercio, que un grave problema de salud pública, de seguridad vial o de accidentalidad y absentismo laboral” (Salvador-Carulla, 2004: 541).

Esta onda de alcoholización universal, promovida en última estancia por intereses comerciales, que no deja libre ni a los países menos desarrollados del mundo, es favorecida por los movimientos migratorios inherentes al desarrollo económico, por el efecto de largo alcance de los medios de comunicación, de la expresiones artísticas contemporáneas y por la eficacia de las estrategias comerciales de los sectores productivos y distributivos (Pons y Berjano, 1999).

Se puede constatar hoy cómo el alcohol está integrado en la cultura juvenil del fin de semana. El alcohol se consume por puro placer ya que a esta sustancia se le atribuyen diferentes funciones potenciadoras: ayuda a desarrollar actividad y desinhibe. Se entiende que el alcohol forme parte del mundo juvenil en el tiempo de ocio (Vega, 2002).

En países como España y Estados Unidos, las principales causas de muerte entre los jóvenes son: enfermedades sexualmente transmisibles, violencia, accidentes y el uso y abuso de drogas, alcohol y tabaco (Hidalgo y cols., 2000 y Topolski y cols., 2001). Estas causas son muy similares a de Brasil (Ministerios de Brasil, 2003).

En la tentativa de favorecer posibles comparaciones entre este estudio con otros, involucrando jóvenes brasileños y extranjeros, se buscó considerar los estudios cuyos conceptos operacionales sean más parecidos al adoptado en este estudio, siendo llevado en consideración prioritariamente los estudios en Brasil

Como en otras investigaciones brasileñas, esta investigación apunta que entre las drogas consideradas lícitas, el consumo de alcohol es mayor que del tabaco, con el 66,5%

para quién ya ha consumido y 55,9% para quién consume hoy día. Estos resultados presentan datos similares con estudios de Novaes (2002), que indica un porcentaje de 52,5% de escolares de Blumenau que beben hoy día, Tavares y cols. (2001) en Rio Grande del Sul, Baus y cols. (2002) en Santa Catarina y Carlini y cols. (2000) en São Paulo. Los datos de Scivoletto y cols. (1999) encuentran un porcentaje más elevado de 85,2%.

La UNESCO (2003) afirma que la media nacional para Brasil del consumo de alcohol en la enseñanza fundamental y media (alumnos más jóvenes que la Enseñanza Técnica), presenta una media de 10%.

Luchtemberg (2003), afirma que en los casos de abuso del alcohol (>5 vasos / ocasión o 14 tragos semanales), en los estudiantes de la enseñanza media en Santa Catarina, Brasil, se observó que el 30,2% de los escolares trabajadores presentan esta condición de riesgo. Farias Junior (2002), afirma en su investigación, también en estudiantes de la enseñanza media en Santa Catarina, Brasil, que el nivel de jóvenes que hacen uso de bebidas alcohólicas de forma pesada (>5 vasos / ocasión o 14 vasos semanales), es de aproximadamente 23,9%, datos inferiores al encontrado por Luchtemberg (2003). Barros (1999), en investigación con trabajadores de la industria en Brasil encontró niveles de 48,1% para los que beben más de cinco tragos en la ocasión que bebe. Confirmando esta tendencia, según afirmación de Farias Junior (2002), los chicos mayores presentan un consumo más elevado de bebidas alcohólicas que sus pares de menor edad.

La Encuesta Escolar sobre Droga en España (2002) apunta los siguientes datos generales con relación al consumo de alcohol entre escolares de 14-18 años. Estos datos presentan algunas semejanzas con nuestros datos relacionados con la concentración en beber en los fines de semana, y presenta diferencias con relación al género y tipo de bebida consumida, lo que puede ser considerado normal, ya que se trata de culturas diferentes.

- ▶ El consumo de alcohol entre estudiantes se concentra en el fin de semana;
- ▶ En consumo de alcohol entre los hombres y mujeres que bebieron alguna vez es de 75,65% y 76,3% respectivamente. En cuanto al consumo en los últimos doce meses, los datos son para el hombre 74,8% y el 75,8% para las mujeres;
- ▶ El 55,1% que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos treinta días se descompone en un 40,6% que consumen exclusivamente el fin de semana, y un 14,4% que ha bebido tanto en días laborables como en fin de semana;
- ▶ El tipo de bebida más consumida son los combinados/cubatas;

- ▶ No hay diferencia significativa entre los hombres y mujeres en el consumo de alcohol en tres ocasiones: consumir alcohol alguna vez, en los últimos 12 meses y últimos 30 días; pero las mujeres presentan datos superiores.

En México, la Encuesta Nacional de Adicciones (1998), informa que en la población entre 18 y 29 años, el 78,6% de los hombres y 53,8% de las mujeres beben hoy día y la bebida más consumida es la cerveza y las destiladas, lo que sigue una tendencia similar de nuestra investigación y algunas en Brasil.

En esta investigación los alumnos que consumen más de 4 vasos presentan un total de 56,27%; se debe tener en consideración que los alumnos de la Enseñanza Técnica son alumnos con una media de edad más elevada (23 años), comparada con alumnos de la enseñanza media, lo que puede influir en el consumo de alcohol. Además se considera en esta investigación más de 4 vasos, lo que incrementa este porcentaje, ya que las otras consideran más de 5 vasos. En esta misma línea, Mora-Rios (2001), en estudio realizado con universitarios en México con respecto al abuso en el consumo de alcohol, también presenta datos más elevados que sobrepasan el 30%.

Con relación al género, esta investigación encuentra un porcentaje mayor de quien ya ha probado alcohol entre los hombres (75,19%) que entre las mujeres (54,34%), cuando es considerado en consumo de alcohol hoy día, también se encuentra un porcentaje mayor entre los hombres con el 44,6% que en las mujeres con el 32% ($p \geq 0,037$). Otras investigaciones presentan esta misma tendencia, como es el caso de Barros (1999), Arvers y Choquet (1999), Bauman y col. (1999), OMS (2000), Luchtemberg (2003), y MMWR (2000), que afirma que cerca de 52,3% de los hombres y 47,7% das chicas consumían bebidas alcohólicas de forma regular (por lo menos una vez por semana). En la investigación de Farias Junior (2002) no fue encontrada relación significativa entre el consumo de alcohol y el género y Novaes (2002) encuentra datos diferenciados de esta investigación con relación al género.

Cuando nos referimos a la cantidad de alcohol consumida entre los sexos, en nuestra investigación los hombres beben en mayor cantidad que las mujeres (69,7% para 29,27%). Esta misma tendencia fue encontrada en el estudio de Simões (2002), pero con porcentajes más bajos.

Sáenz-López (2001) en investigación en población Universitaria en Huelva, España, encontró datos similares al nuestros en relación al consumo de alcohol; el 85% de los encuestados ha probado alguna bebida alcohólica y el 15% dice no haber bebido. Los chicos consumen más bebidas que las chicas. Tan sólo el 18% de los alumnos afirma no consumir ninguna bebida alcohólica en la actualidad, lo que presenta un índice mucho más bajo de bebedores que en nuestro caso (44,1%).

Aun en España, Navarro (1998), encontró datos semejantes con los nuestros cuando afirma que la población de Canarias tiene 66,9 % de bebedores por un 33,1% de los no bebedores, observándose además, que es en las mujeres donde el porcentaje de bebedoras es menor que en los hombres, es decir un 55,5 % por un 77,6 %.

Con relación al tipo de bebida consumida entre hombres y mujeres, la cerveza es la bebida más consumida en los dos sexos. Esto tiene una relación con el clima de la región (no hay diferencias climáticas significativas, la temperatura oscila entre 19-40 grados) y se suele beber cerveza todo el año. Hay una diferencia entre las bebidas consumidas entre los hombres y mujeres ocasionalmente, los hombres beben más whiskis, ron, vodka, y las mujeres cerveza; además las mujeres consumen más licores / martines, tanto ocasionalmente como frecuentemente, lo que podría caracterizar un porcentaje de alcohol más elevado en las bebidas consumidas por los hombres.

Además ha sido encontrada en esta investigación asociación positiva entre el estado civil y el consumo de alcohol; datos similares fueron encontrados en investigación de Luchtemberg (2003) y Barros (1999) y en la investigación de Farias Junior (2002) no fue encontrada relación significativa.

En este estudio no ha sido encontrado nivel de significación del consumo de alcohol con la edad, turno, renta, situación laboral, nivel de estudio y ciudad. Sin embargo, con relación a la edad, los alumnos mayores de 31 años presentan un mayor porcentaje (83,33%). Con relación al turno, los alumnos del curso nocturno presentan un porcentaje más elevado de bebedores (69,94%), datos diferentes de los Barros (1999) pero son datos de trabajadores (hombres) y no de estudiantes, que presenta el turno diurno con mayor porcentaje de bebedores. Con relación a la renta, los alumnos con renta superior a 1.800 reales (74,54%) están más expuestos al consumo de bebidas alcohólicas. Con relación a esta variable, otros estudios en Brasil tampoco encuentran esta relación (Galduróz y cols., 1997; Muza y cols., 1997; Farias Junior, 2002). Esto puede revelar que, en este periodo de la vida, parece no ser

influenciado de forma decisiva por el nivel socioeconómico. En el estudio de la Luchtemberg (2003) encuentra relación entre la renta con el consumo de alcohol. Con relación a la situación laboral, los alumnos que trabajan (71,78%) son más bebedores de alcohol que los que no trabajan; estos datos concuerdan con Luchtemberg (2003) que presenta el porcentaje de 71,2% para el consumo de alcohol entre los alumnos que trabajan. Con relación al nivel de estudio, los alumnos que tienen la enseñanza profesional (78,12%) consumen más alcohol y, por fin, los alumnos que viven en Cajazeiras presentan un porcentaje mayor de consumo (73,52%) que los que viven en João Pessoa.

Con relación a algunas características del consumo del alcohol, los datos de los alumnos del CEFET-PB son muy coherentes, indicando siempre que las preguntas tienen una buena fiabilidad en estas respuestas. Esto es, los alumnos que beben muchos vasos afirman tener una frecuencia habitual de beber. En cuanto a la autopercepción de beber mucho esta relacionada con el beber habitualmente y mucha cantidad de vasos.

- ▶ Con relación a la autopercepción del que bebe y la cantidad de vasos, se percibe que los que beben más vasos tienen una percepción de que beben bastante y mucho y los que beben menos vasos tienen la autopercepción de que bebe poco y muy poco, aunque los que creen que beben poco ya beben dentro del límite excesivo de consumo de alcohol, entre 4 a 6 vasos;
- ▶ El consumo de alcohol entre estudiantes se concentra en el fin de semana. Con relación a la autopercepción del que bebe y la frecuencia que bebe, también sigue la línea del apartado anterior, ya que los alumnos que tienen una frecuencia de beber habitualmente y fines de semana apuntan que beben mucho y bastante y los alumnos que beben poco o muy poco, presentan una frecuencia de beber sólo en ocasiones especiales;
- ▶ Con relación a la frecuencia del que bebe y la cantidad de vasos que ingiere, los alumnos que beben menos vasos beben más en finales de semana y en ocasiones especiales y los que beben más vasos lo hacen frecuentemente en los finales de semana.

Cuando se hace la inferencia de quien ya ha bebido alcohol con el nivel de práctica de AF, la inferencia es significativa. Los mayores porcentajes son para quien ya ha probado el alcohol entre los dos grupos (activos y sedentarios), pero los que no practican presentan un porcentaje menor de no haber probado alcohol comparándolo con los activos. Cuando se hace

la inferencia entre el nivel de práctica y quién bebe o no actualmente no es significativo, estos datos siguen la misma tendencia de Casimiro (2002) y Shapo y cols. (2004) que no encuentra una relación significativa entre estas dos variables, lo que nos sugiere, según esta técnica estadística, que el hacer ejercicio físico no se relaciona, por sí mismo, con la abstinencia alcohólica.

Con relación a la autopercepción de la condición física y el consumo de alcohol, la relación es significativa y los resultados apuntan para los que no beben una autopercepción muy buena y para los que beben una autopercepción mala. Simão (2002) no encuentra en su trabajo relación significativa entre estas variables.

Finalmente, debido al alto porcentaje de consumidores de bebidas alcohólicas entre los alumnos del CEFET-PB es indispensable el desarrollo de acciones preventivas orientadas a estos jóvenes para el control y prevención del consumo excesivo de alcohol.

Teniendo en cuenta estos datos, se hace necesario reflexionar sobre las medidas para el control del consumo de alcohol, ya que tenemos una óptima referencia en Brasil con relación al combate al tabaco. Con el gobierno del presidente “LULA” ha comenzado una atención especial en el Ministerio de la Salud con las cuestiones del consumo abusivo del alcohol. Se espera que esta nueva etapa sea tan determinante como las etapas, ya muy desarrolladas, contra el consumo de tabaco. Se sabe de las dificultades para enfrentar una droga que ya está institucionalizada entre diferentes ámbitos sociales (familia, ocio, religión, etc.). Quizás las medidas tomadas contra el consumo del tabaco (limitación de publicidad, restringir la compra, aumento de los impuestos, campañas informativas en varios ámbitos, etc.) puedan ser un comienzo interesante para la disminución del consumo excesivo del alcohol.

4.7 - AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTILO DE VIDA SANO DE LOS ALUMNOS DEL CEFET-PB

Una mala o pobre imagen de sí mismo, unida a una alta conciencia acerca de la necesidad de práctica física son, sin duda, dos elementos que motivarán y propiciarán el ejercicio físico y el deporte (García Ferrando y col., 2002). Por lo general, las investigaciones indican una positiva autopercepción de la salud

Los resultados de esta investigación con respecto a la autopercepción de la salud y de la condición física son coincidentes con los datos del relato de “Pesquisa do Padrão de Vida” - PPV (IBGE, 1998), según el cual el 80,6% de la población de las regiones Sudeste y Nordeste de Brasil consideran su estado de salud actual como bueno o muy bueno. Índice semejante (86,6%) fue observado en la población de Estados Unidos (MMWR, 1995).

En Brasil destacamos investigaciones de Barros (1999) que clasificó el estado de salud de la población de trabajadores de la industria de Santa Catarina, Brasil, de excelente o bueno (85,2%). Aproximadamente el 14,3% dijeron que su estado de salud era regular y, solamente, 0,5% de los sujetos lo consideraba malo. Simões (2002), observó que, gran parte de los universitarios estudiados tiene una percepción de salud positiva (76,1%) con relación a la percepción negativa (23,9%). Flores (2004) encontró porcentajes muy parecidos en la población urbana adulta de Mafra, Santa Catarina, Brasil, observando que el 83% de los sujetos evaluaron positivamente su estado de salud.

En este contexto, De Souza (2004) encuentra entre los universitarios de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil, para la autopercepción de la alimentación, datos positivos (81,2%) más representativos que negativos (18,8%).

Según un estudio realizado por Navarro (1998), en la población adulta de Canarias, la autopercepción de la condición física es más positiva que negativa entre los sujetos, siendo mayor entre los hombres que entre las mujeres y decrece en relación inversa a la edad.

García Ferrando y col. (2002), encontró que la población de Valencia, Comunidad Valenciana y España tiene una autoevaluación positiva de su estado de forma física. Los datos son parecidos en las tres opciones, excelente 4%, buena, 38%, aceptable 43%, deficiente 13% y francamente mala 2%, en el caso global de los españoles.

En este estudio no fue encontrada relación significativa de las variables sociodemográfica con la autopercepción de la salud y de la condición física.

Hérman y cols. (2002), ha observado entre los jóvenes de menos de 18 años que hay una asociación significativa entre fumar y tener peor salud percibida. A partir de 18 años, esta asociación fue percibida para los chicos rurales, que son los que fuman con mayor frecuencia. Con relación al alcohol, haber perdido el control después de haber bebido alcohol al menos una vez en el último mes, se asoció a tener peor salud percibida. Con relación al ocio, entre

los entrevistados que les gustaría hacer otro tipo de actividades en el fin de semana, presentaron una peor salud percibida con relación a los otros.

Con relación a los alumnos practicantes o no de AF en función de la autopercepción del estado de salud y de la condición física, los datos concuerdan con Torres (1998) y Casimiro (2002) que encuentran significación del nivel de AF con la autopercepción de la salud y Navarro (1998) afirma que la autopercepción de la condición física esta relacionada positivamente con los que practican AF.

Otro punto que merece la pena resaltar es la relación significativa de la autopercepción de la salud con el hábito de fumar y la frecuencia que con que se bebe. Los alumnos fumadores y que beben con mayor frecuencia presentan una peor imagen de su propia salud. En esta misma línea, Sánchez Bañuelos (1996) afirma que los bebedores y fumadores tienen una percepción negativa de su propia salud mayor que los que no consumen cigarrillo ni alcohol.

Con relación a la importancia de los hábitos de vida para la salud, las tres actividades escogidas, dormir bien, practicar AF y tener una alimentación sana, forman parte de las principales variables que determinan los estilos de vida sano (Pastor y Balaguer, 1994). El objetivo de esta pregunta era ubicar la importancia de la AF y saber qué es importante en la percepción de los alumnos.

La opción dormir bien puede estar relacionada con el estilo de vida estresante de los alumnos del CEFET-PB, como ya fue dicho antes en las declaraciones de los alumnos en el grupo de discusión y será confirmado en las declaraciones sobre el sueño diario (3.7.1)

Con relación a la práctica de AF, Navarro (1998) encuentra un resultado similar al de este trabajo cuando muestra una relación mayor de la practica de AF con la salud, aunque en su trabajo si percibe estar en “forma física” como parte inherente a la salud, al mismo tiempo que relacionan ésta con el hábito de práctica habitual de ejercicio físico.

Este dato resulta contradictorio si lo comparamos con la encuesta que hizo Demoscopia S.A. en 1994 sobre los principales indicadores de salud, según opinión de los españoles mayores de 18 años. En dicho trabajo, la actividad física como indicador de la salud de un sujeto, queda relegada al undécimo lugar entre el resto de los indicadores seleccionados, con sólo un 2,5 % de las respuestas obtenidas.

Con relación al rendimiento en el trabajo, el mayor índice de no consumir alcohol, puede estar asociado al problema del alto consumo de alcohol en la sociedad moderna. En Brasil, las bebidas alcohólicas son responsables de más del 90% de los ingresos por dependencia a las drogas, además de ser responsables de cerca del 70% en los casos de muerte violenta y accidentes de tráfico (Jackson y Sampaio, 1994).

El problema del consumo de alcohol y su relación con el mundo laboral ya viene siendo resaltado por la sociedad americana hace algún tiempo (Masip, 1999 y Clínica Mayo, 2002), aunque en Brasil no se tienen muchos datos que muestren esta relación; el problema del alcohol ya empieza a ser tratado por el Ministerio de la Salud como una de las acciones principales del gobierno del presidente Lula.

Con relación a la alimentación sana, puede que tenga una relación con el fenómeno de moda que relaciona la alimentación con la salud. Según Roales (2004: 265), *“todo lo que está relacionado con la alimentación y la salud se ha convertido – por el proceso de vulgarización y masificación del movimiento de salud – en uno de los negocios más prósperos de los últimos años, tanto por multitud de fabricantes de “alimentos sanos”, como para multitud de artistas de la dieta que ofrece una cura rápida y “natural”, no sólo para la supuesta obesidad que tanto aterra a una elevada proporción de la población, sino para multitud de trastornos que, en muchos casos, nada tienen que ver con el tema”*.

La realidad de Paraíba no es diferente. La información sobre alimentación sana está en todos los medios de comunicación (revistas, periódicos, televisión, Internet, etc.), y la gran mayoría de estos alumnos tienen acceso a alguna información. Se sabe que en gran parte estas informaciones son mucho más publicidad para vender un producto que orientación útil para una alimentación sana.

En definitiva, estos datos son importantes a la hora de considerar acciones para futuras intervenciones en estos escolares, debiendo ser consideradas también las opiniones de los alumnos que destacan el consumo de alcohol, la práctica de AF, el control del estrés (sueño) y la alimentación.

4.8 - PROPUESTA DE CAMBIOS PARA MEJORAR LA SALUD

Favorecer políticas centradas en posibilitar la autonomía, la emancipación y el bienestar de los jóvenes, mediante propuestas de inserción laboral y acceso a la vivienda y a

través de programas de educación para la salud, junto a alternativas saludables para el ocio y el tiempo libre que desarrollen los valores de cooperación, participación, respecto y tolerancia, pueden ser un marco adecuado para incorporar programas a favor de la salud de la juventud (Hernán y cols., 2001).

En la variable relacionada con la propuesta de cambios para mejorar la salud se analizan tres dimensiones, la 1ª relacionada con competencias importantes para la formación educacional del trabajador, la 2ª relacionada con propuestas de cambio en la perspectiva educacional y la 3ª y última, propuestas de cambio en el tiempo libre.

En la dimensión “*Competencias importantes para la formación educacional del trabajador*” la secuencia establecida por los alumnos tiene lógica cuando se trata de una escuela profesional, en donde se prepara para el trabajo. La informática es un área fuerte entre todos los cursos técnicos y no se puede negar su importancia en el mundo laboral de hoy día. La lengua extranjera sigue esta misma tendencia abordada anteriormente, siendo importante destacar que esta valoración por el conocimiento de una lengua es mucho mayor después de la globalización y del Mercosur en América Latina, donde se incentiva el estudio principalmente del español en muchos centros educacionales en Brasil, quizás por ser Brasil el único país suramericano que no habla el español. Estas dos disciplinas son contempladas en el currículo de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB.

La salud, que aparece en 3º lugar, también obedece a una tendencia moderna, dado que está de moda. Una de las explicaciones de este elevado porcentaje en la elección de la salud, podemos encontrarla en la asociación que en la actualidad hacen los medios de comunicación y los propios Ministerios de Sanidad de los diferentes países, entre el estilo de vida y la salud. Otra explicación podríamos encontrarla, en el hecho de que los objetivos de salud, longevidad y disposición son en el sentido común, considerados superiores, serios, nobles y justos o útiles (Lovisoló, 2000).

Es interesante destacar que la salud no está en el currículo de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB. En lo que atañe a la inclusión y exclusión de una asignatura en el currículo, Saviani (1994: 5) afirma: “*que la orden de importancia de las asignaturas de un curso, nivel, grado o modalidad de enseñanza – incluso, su contenido – es resultado de las finalidades educacionales. Las especificidades de la escuela y de las sociedades (demandas de la familia, de la religión, del régimen sociopolítico) son finalidades impuestas por diferentes*

tipos de enseñanza y necesidades socioculturales diversas, con formación humanística, científica, artística, técnica, etc.”.

El CEFET-PB por ser una escuela con características técnicas y tradicionales, quizás necesite una visión más crítica del currículo que se cree en el interior de la escuela, contenidos nuevos que correspondan a la representación cultural de hoy día, para un futuro mejor. Según Moreira (1994: 81), *“una concepción alternativa de currículo, ver el currículo como práctica, entiende el currículo como una selección arbitraria, hecha por los que tienen el poder, de un universo más amplio de posibilidades y no como un conjunto de conocimientos esenciales, eternos, atemporales y desligado de la realidad social de los hombres que los escogen”.*

Se sabe que la promoción de entornos favorables, como el escolar, puede beneficiar la salud de los jóvenes. Las escuelas promotoras de salud y el desarrollo de un currículo con contenidos de salud que se apoye en orientaciones didácticas para el desarrollo de relaciones interpersonales saludables en la comunidad escolar y en la habitación de espacios que potencien la salud, son determinantes para ello (McBride y Midford, 1999).

En la dimensión *“Propuestas de cambio en la perspectiva educacional”* comentaremos las dos opciones más representativas en la opinión de los alumnos del CEFET-PB, programas prácticos de AF hacia la salud y campañas informativas en los medios de comunicación.

Quizás la elección de programas prácticos de AF hacia la salud tenga relación con la baja cantidad de programas en este sentido en la región investigada, por lo tanto, expresa la necesidad sentida por estos sujetos. Son más comunes los programas de prevención al tabaquismo, enfermedades sexualmente transmisibles, drogas y alcohol, entre otros. En esta misma línea, Hernán y cols. (2001) afirma que la AF está en octavo lugar en la lista de temas de intervenciones dirigidas a los jóvenes según tema de salud tratados.

Sin embargo, debe ser tenida en consideración la baja condición socioeconómica de estos sujetos, lo que dificulta el acceso a la práctica de AF en gimnasios, clubes, etc., y les hacen necesitar de programas, instalaciones y más oportunidad para la práctica de AF, esto es, más incentivo al acceso gratuito a estas prácticas.

Los medios de comunicación son una referencia incuestionable en nuestro entorno social. Con las tecnologías multimedia al alcance de muchos, los diferentes medios se están adaptando y empiezan a beneficiarse de las ventajas y nuevas posibilidades que éstas ofrecen (Aguilar, 2004).

Quizás los medios de comunicación son el método más conocido de promover y educar hacia la salud, tal vez por su amplio acceso a toda la población. Aunque hay discusión con respecto a su contribución, cuando está bien elaborado, éstos pueden ser tan educadores como la escuela. La potencialidad que la televisión, la informática, las pandillas, grupos de iguales, etc. tienen en la determinación de estilos de vida es impresionante. Los patrones alimentarios, el empleo del tiempo libre, el tipo de relación que se establecen, etc., están en gran medida determinados por los modelos y valores que estos medios presentan; de ahí la importancia de los mismos en cualquier intervención en promoción y educación para la salud que pretenda modificar estilo y condiciones de vida (López, 2000).

Según se desprende de los resultados de varias encuestas, los medios de comunicación son, de forma destacada, los canales de información de mayor incidencia en la población, hasta el punto de que más del 25% de los adultos tienen conocimiento de los avances en materia de salud a través de diarios y revistas (Huguet, 2004). Pero todos los medios no actúan sobre el público de la misma manera.

Los medios de comunicación audiovisual conllevan un gran ventaja frente los otros, ya que los ojos son nuestro órgano sensorial más importante. Así pues, resulta evidente que la percepción visual es el medio más adecuado de aprendizaje para el ser humano, ya que retenemos de hecho el 10% cuando leemos, 20% cuando escuchamos palabras, 30% cuando miramos cuadros, objetos, películas, etc., y sigue aumentando el porcentaje de acuerdo con la interacción del método. Además se debe considerar un importante factor que confirma la utilización de los medios audiovisuales que es la confirmación del hábito que ha adquirido la población, casi mundialmente, de consumirlo. El medio audiovisual está totalmente implantado en nuestras vidas (Puigvert, 2004).

Según Huguet (2004), la televisión y la radio presentan como principal característica positiva su rápida penetración, pero tienen en su contra el hecho de que los mensajes que emiten no son perdurables en el tiempo. Así, son los diarios y, sobretudo las revistas, los que permitirán crear un estado de sensibilización previa.

En la dimensión “*Propuestas de cambio en el tiempo libre*” ha sido escogida por los alumnos una necesidad de cambio en el ocio de la ciudad.

Según Sallis (1993), los niños con accesibilidad a la práctica de AF más cerca del lugar de residencia, eran más activos de que aquellos cuya accesibilidad no estaba tan facilitada.

Ambientes ricos en recursos favorecedores a la práctica de AF como los paseos, parques, estructura comunitarias de apoyo como gimnasios y otros, pueden resultar más simples y fáciles para la participación de las personas. Por el contrario, los ambientes que ponen dificultad o barreras a la práctica de AF como la ausencia de estructuras, locales con falta de seguridad y otros, reducen, en principio, las posibilidades de las personas ser activas (Sallis y cols., 1997).

La necesidad de incentivo al ocio en estas dos ciudades es expresada de forma categórica por los alumnos, los cambios deberán ser basados, según estos alumnos, en: mejora en la infraestructura física, acceso para todos, más opciones de ocio deportivo (incentivo a prácticas más diversificadas) y cultural (música, danzas, teatro, etc.).

Cabe resaltar que en João Pessoa y Cajazeiras hay pocos polideportivos públicos, y se puede decir que los que existen están vinculados a las instituciones como Universidad, polideportivos estatales y CEFET. Además no se permite el acceso de la población en general. Aunque João Pessoa tiene dos polideportivos del estado, su utilización deja que desear, en cuanto a la asistencia de la población. Su utilidad está casi siempre vinculada a las competiciones y al entrenamiento de equipos de diversos sectores. Las canchas públicas son escasas y sin estructuras, y el acceso de ocio cultural está muy vinculado a las empresas privadas, por lo que resulta imposible la participación de las personas de bajo nivel económico. Por lo tanto se puede decir que los datos de esta investigación clasifican la real situación del ocio en estas dos ciudades.

En esta misma línea, García Ferrando y col. (2002) afirman que las instalaciones deportivas que están cerca de casa son insuficientes para las tres poblaciones estudiadas, Valencia (73%), Comunidad Valenciana (62%) y España (53%). Cuando se pregunta sobre las instalaciones municipales, los sujetos creen que si existieran más instalaciones en los barrios, se haría más deporte con el 79% para Valencia, 68% para la Comunidad Valenciana

y 61% para España. Además estos sujetos creen que la gente no va a las instalaciones porque no están a mano y hay falta de información y publicidad sobre las instalaciones.

Lo que se puede concluir de los datos del GD en cuanto a la variable características relacionadas a la propuesta de cambios para mejorar la salud, es que urgen discusiones, propuestas e intervenciones de la educación hacia la salud en el currículo de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB; que hay que valorar más la AF hacia la salud en los proyectos de EPS e incrementar programas con este objetivo, y además incentivar metodologías como palestras, seminarios, y encuentros en la escuela, para mejorar la comunicación de la EPS en la escuela; y finalmente urgen reivindicaciones y acciones que incentiven la práctica de AF en tiempo libre, como más instalaciones, y opciones deportivas; además de más atención al ocio cultural. Quizás lo más importante para estos sujetos sea la posibilidad de acceso por parte de toda la población interesada.

4.9 - RELACIÓN DE LA PRÁCTICA DE AF CON LOS RIESGOS Y CON LA AUTOPERCEPCIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA

Es importante destacar que en el análisis por regresión la construcción del modelo es el factor principal y debe estar en consonancia con el objetivo del estudio, por lo tanto, es difícil hacer comparación con otras investigaciones que utilizan otras metodologías, diseños, etc. Incluso utilizando la misma técnica estadística, los modelos creados son casi siempre muy diversificados. Sin embargo, cuando hacemos referencia a alguna investigación, no tenemos la intención de comparar y sí de enseñar trabajos que están siendo realizados en otras realidades con objetivos similares.

Aportaremos inicialmente los estilos de vida de riesgos, que consideremos que son aquellos en los que predominan comportamientos nocivos, responsables en la creación de problemas para la salud (Brañas, 2001). Son muchos los estilos de vida que ofrece riesgo para la salud. En nuestro modelo de regresión vamos a considerar dos que están relacionados al consumo de tabaco y alcohol.

Con relación a las variables relacionadas con la práctica de AF en la EM y la evaluación afectiva de la EF (no fueron predictoras en este estudio), otras investigaciones apuntan esta misma tendencia de no relación con los estilos de vida de riesgo, como es el caso de Novaes (2002), en investigación con escolares de la enseñanza media en Blumenau, Santa Catarina, Brasil, cuando dijo que el 61,1% de los alumnos afirman que la EF no influye

en nada en el consumo de bebidas y acción de fumar (60,4%), y tampoco en el uso de drogas (59,4%).

Aunque parezca contradictorio, esta relación positiva del estilo de vida de riesgo con practicar más actividades moderadas y activas en el tiempo libre. Es importante recordar que esta variable construida (grado de AF practicado en el tiempo libre), no tiene relación solamente con la práctica de deporte, ella está relacionada con todas las AF moderadas y activas practicadas por estos alumnos en el tiempo libre (ver apartado 6.9 de la metodología).

En el apartado 3.6.2 (Tabla 3.28) se puede ver la relación significativa de quién ha probado el alcohol con el nivel de práctica, siendo los alumnos activos los que más han probado el alcohol. La inferencia entre el nivel de práctica y quién bebe o no actualmente no es significativa.

Otra inferencia que no es significativa en este trabajo es de la relación del nivel de AF con la frecuencia que bebe; aunque no sea significativa, apunta a esta tendencia anteriormente citada. Los alumnos activos presentan porcentajes mayores que los sedentarios para quien bebe habitualmente (3,47% para 1,98%) y en los finales de semana (22,9% para 20%), y menores para quien bebe en ocasiones especiales (57,6% para 61,58%) y dejó de beber (15,97% para 16,56%). Lo que viene a reforzar la tendencia de la regresión lineal múltiple, que tiene como variable dependiente estilo de vida de riesgo; esto es, los alumnos activos beben con mayor frecuencia que los alumnos sedentarios.

Con relación al consumo de cigarrillo, las inferencias relacionadas con la práctica de AF en el tiempo libre y en la EF, no fueron significativas en ningún caso, y quizás la justificativa esté en los bajos porcentajes de quién fuma (2,3%) y de quién ha probado el tabaco (5,2%), lo que dificulta el análisis en las estadísticas utilizadas.

Datos de la literatura sugieren que la práctica de AF puede ofrecer efectos protectores para el abuso de sustancias, como el tabaco y el alcohol entre los jóvenes (Winnail y cols., 1995; Page y cols., 1996, Rainey y cols., 1996 y Thun y cols., 1997). Con relación al tabaco, algunas investigaciones indican que la AF inhibe la iniciación de fumar entre mujeres jóvenes (Aaron y cols., 1995) y entre los hombres jóvenes puede disuadir el hábito de fumar en la edad adulta (Trudeau y cols., 1999). Otros estudios observan una asociación negativa entre

fumar y practicar deporte (Paniagua, 2001; Raitakari, 1995, Vara, 1997 y Casimiro, 1999) o entre el consumo de alcohol y la práctica de deporte (Paniagua, 2001).

En investigación con jóvenes canadienses entre 12 y 24 años, utilizando el análisis de regresión logística múltiple (RLM), se encuentra que los jóvenes que fuman tienden a ser menos activos que los físicamente activos (Joan y cols., 2003). El trabajo de Pomerleau y cols. (2000) en los países Bálticos con adultos entre 19 y 64 años, utilizando la misma estadística, concluye que ser sedentario durante el tiempo libre está asociado con el consumo de cigarrillos, y entre los hombres esta probabilidad es mayor. Shopo y cols. (2004) en investigación con adultos con más de 25 años en Albania, utilizando la RLM, no encontró asociación entre el sedentarismo, el tabaquismo y el consumo diario de alcohol.

Con relación al consumo de alcohol, aunque exista una correlación positiva constante en la literatura sobre ese consumo y la AF entre los hombres (Faulkner y col., 1990 y Millar y cols., 2000), los estudios aún no llegaron a un consenso. Pomerleau y cols. (2000) no encuentra relación del consumo diario de alcohol con el nivel de inactividad, ni en hombres, ni en mujeres.

Como en nuestro estudio, aunque utilice otro modelo, Joan y cols. (2003) encuentra que el consumo de alcohol esta positivamente relacionado con la AF entre hombres y mujeres, y advierte que esta relación puede ser una subcultura de los que practican deporte y, siendo así, la celebración con abuso de alcohol, entre ellos es tolerada. En esta misma línea la investigación de Hérman y cols. (2002) con jóvenes españoles de 13 a 19 años, afirman que los jóvenes encuestados consideran que fumar tabaco o salir de marcha no tienen porqué ser incompatible con hacer deporte.

Piko (2000), en investigación en Szeged, Hungría, con estudiantes de 18 a 31 años, utilizando el análisis de regresión lineal ha encontrado que la autopercepción de los estilos de vida de riesgos (el fumar, alcohol, consumo de café y uso ilícito de droga) fue relacionada positivamente con los comportamientos de AF. Con relación a la autopercepción de la salud, los comportamientos de AF demostraron ser un predictor significativo, los hombres y los más activos fueron los que presentaron mayor probabilidad de mejor salud percibida.

En Brasil, el consumo de bebidas alcohólicas está frecuentemente asociado a eventos deportivos y a varios símbolos de salud y éxito. Ramos y Bertolote (1997: 61) destaca que la

industria de bebidas alcohólicas patrocina prácticamente todos los grandes eventos vinculados a través de fuertes medios de comunicación de masas, como la televisión, sin ninguna consideración en relación a los riesgos advenidos del hábito de beber. Por lo tanto, el hábito de beber alcohol es parte de la cultura y su consumo es deliberado, no solamente, para personas adultas. Aunque su venta está prohibida para menores, es una de las drogas preferidas por los adolescentes, porque es de fácil alcance, tanto en las casas comerciales, en fiestas, en el ambiente de ocio, como en sus propias casas. (Vizzolto y Seganfredo, 1992:79). Sin embargo, se debe considerar para la adopción del hábito de beber alcohol, la presencia de familiares o amigos que tienen este hábito y o el convivir en ambientes en los cuales los adolescente comparten momentos en que ven adultos bebiendo.

La realidad de los alumnos del CEFET-PB en cuanto la predicción para un estilo de vida de riesgo, parece está en consonancia con otras realidades como en España y Hungría, que aunque utilizando estadísticas diferentes, en el caso de Hérman y cols. (2002), estos alumnos presentan una tendencia de no asociar la practica de AF con el no consumo de sustancia nocivas, como el caso del alcohol; por lo tanto aunque sea pequeña esta predicción hallada en nuestro trabajo, se puede percibir que no es un hecho aislado. Sería un factor a destacar la necesidad de un modelo de factores de riesgo más unificado, donde los estudios pudieran ser comparados, ya que la relación entre los estilos de vida de riesgo y las características de la práctica de AF aún no llegaron a un consenso.

El segundo análisis lineal de regresión múltiple, tiene el objetivo de verificar el poder predicativo de las variables del grado de AF en el tiempo libre, práctica de AF en la EM, indicador de aciertos teóricos, evaluación afectiva de la EF con relación a la autopercepción del estilo de vida.

Las definiciones de autoconcepto o autopercepción son diversas. Roger (1975) menciona que el autoconcepto es una configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo, que son parcialmente consciente; está compuesto de percepciones de las propias características y habilidades, los conceptos de sí mismo en relación con los otros y con el medio ambiente.

Se cree que el valor asignado a uno mismo es determinante en la manera de ser de cada quien. Una autopercepción alta o positiva dará como resultado que la persona llegue a tener éxito en sus actividades por la seguridad que aquel genera. Por el contrario, quien posee

una autopercepción baja o negativa puede no ser capaz de concluir cualquier labor o trabajo, debido a su inseguridad o confusión. Aunque el individuo únicamente imagine que los demás aprueban su conducta, ello puede ser suficiente para que aumente la positividad de su autopercepción. Cuando la persona percibe que su conducta no es aceptada por la sociedad, se ve a sí mismo como un ser socialmente inaceptable y esto se convierte en un aspecto dominante en su autopercepción (Solis, 1996).

Quizás por esto la autopercepción de las características relacionadas con el estilo de vida, como la salud, la condición física, etc., en la gran mayoría de los estudios son casi siempre tan positivas, porque es de opinión común la aprobación de estas conductas, como hacer AF, alimentarse sano, etc., y siendo así aumenta la probabilidad de la positividad de la autopercepción.

Según Ebbeck y cols. (2003), el interés en el autoconcepto puede ser debido al hecho de que un concepto de sí mismo positivo está considerado un resultado deseable en ajustes psicológicos y educativos y es un mediador de resultados deseados adicionales. Los factores que se asocian a un alto nivel del concepto de sí mismo incluyen positivamente al comportamiento motivado, las interacciones sociales de apoyo, salud mental, y logros en dominios de la capacidad.

Con relación a la predicción de la frecuencia de AF semana / horas podremos suponer que los alumnos que tienen más frecuencia y horas semanales de práctica de AF son aquellos que tiene una mejor autopercepción de su estilo de vida. Como la relación de predicción de la evaluación afectiva de la EF es positiva, podremos suponer que los alumnos que tienen una percepción más positiva de la EF en la EM y creen en la influencia de la EF en el estilo de vida son aquellos que tiene una mejor autopercepción de su estilo de vida.

Sin embargo, el grado de interés en alguna nivel ha sido estimulado por el papel importante del concepto de sí mismo en la explicación del bienestar humano, y su papel del iniciador y del mediador en el comportamiento humano (Pantano, 1994). Las opiniones del concepto de sí mismo en el dominio físico se consideran un factor importante en la determinación de niveles del valor global de la autopercepción (Hayes, 1999). En esta línea, se supone que el interés y creencias en la EF, en este estudio, tiene un papel importante en el concepto dado a ella. Además, la autopercepción general del estilo de vida probablemente

influye de forma significativa en otras autopercepciones, como en el caso de las características de la EF en la EM.

Las investigaciones han demostrado que la autopercepción o concepto sobre sí mismo está asociado a muchos logros positivos y comportamientos sociales incluyendo capacidad de la dirección, la satisfacción, la ansiedad disminuida, el funcionamiento académico y mejoras en el nivel de AF (Fox, 1992). En este trabajo, hemos encontrado la predicción de la frecuencia de AF semana / horas relacionada con la autopercepción de los estilos de vida, lo que está en asociación con lo que fue dicho anteriormente, ya que tener un comportamiento más activo en el tiempo libre, puede ser considerado como un logro positivo para la salud.

Es importante destacar que para el modelo construido en esta investigación, no podremos determinar los alumnos más activos en el ocio, y sí los alumnos que tienen más frecuencia en AF (en días y horas semanales) y los alumnos que han afirmado practicar actividades moderadas y activas en su tiempo libre.

Sin embargo, en esta investigación practicar actividades moderadas y activas en el tiempo libre no es una predictora de la mejor autopercepción del estilo de vida. Los alumnos que practica AF más tiempo (días / horas por semana) son aquellos que presentan una mejor autopercepción de su estilo de vida. Por lo tanto, en este trabajo, la frecuencia de práctica es el diferencial, no siendo considerado solamente el hecho de ser activo.

Hérman y cols (2002), afirma que más de la mitad de los jóvenes han declarado que su estado de forma física es bueno o excelente. Loas alumnos más activos (los chicos más jóvenes, menos de 18 años) han declarado tener mejor forma física, y los jóvenes con mejor forma física presentan mejor salud percibida. Torres (1998) en su trabajo afirma la relación del ser activo con tener mejor autopercepción de la salud.

Whahf y cols. (2003) encuentra en su investigación que la practica de AF puede ofrecer un factor protector frente la salud mental de la juventud, antes del inicio de problemas emocionales, independiente de muchos otros factores de riesgos (Chen y cols., 1999) y siendo así, aumentando el amor propio y la autopercepción de la salud.

Mullineaux y cols. (2001), en investigación con adultos ingleses de 25 a 75 años y utilizado la regresión logística, encuentra que cuanto mayor la edad de los encuestados, empeora la autopercepción del nivel de participación en AF. Estos no presentan buena

percepción sobre el ejercicio adecuado para beneficiar la salud y tienen una autopercepción de presentar algún problema de salud que afecta su forma de vida. Los mayores (más de 75 años) presentan una probabilidad de 385% mayor de ser sedentarios que activo. Por lo tanto, esto supone en su trabajo que cuanto más activas fueras la persona, hay una mejoría de la autopercepción del nivel de participación en AF, de la autopercepción de ejercitarse adecuadamente para beneficiar la salud y de no presentar problemas de salud que afecten su forma de vivir.

Con relación a la segunda regresión, las predicciones encontradas en los alumnos del CEFET-PB, siguen una tendencia en consonancia con la literatura, ya que hay casi un consenso en la influencia de una autopercepción positiva en los factores relacionados con los estilos de vida.

La relación predicha entre la evaluación afectiva de la EF y la frecuencia de AF semana / horas con la autopercepción del estilo de vida supone en este trabajo, que los alumnos que tienen una mayor frecuencia de práctica de AF y tuvieron una mejor percepción de la EF y creían en su influencia en el estilo de vida, tienen una probabilidad de tener dicha autopercepción más positiva, lo que podría tener una influencia positiva en su forma de vivir.

CAPÍTULO 5

LIMITACIONES, CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

En esta parte final de la tesis doctoral, para dar finalización a la misma a través de sus conclusiones, se exponen además las limitaciones generales de esta investigación, así como las líneas futuras de trabajo que son consecuencia tanto de dichas limitaciones como de las propias conclusiones particulares de este estudio, así como de lo revisado, analizado y discutido respecto al conocimiento científico de la literatura especializada.

1 - LIMITACIONES

Antes de exponer las conclusiones de esta tesis doctoral, consideramos conveniente aclarar las que consideramos principales limitaciones del estudio, sin las cuales las conclusiones del mismo podrían ser malinterpretadas.

Las limitaciones de un trabajo de investigación existen y son propios al contexto en el que se realiza y a la población con la que se investiga. Los centros educativos y la comunidad escolar son componentes en cambio constantes y de adaptación a la sociedad actual sujetos a un funcionamiento y normas que deben reportarse para favorecer la eficacia del proceso educativo. Un centro de formación profesional pasa por un proceso de cambio aun más constante que la formación propedéutica, porque deber acompañar de cerca las transformaciones del mercado de trabajo y así cambiar constantemente sus estructuras curriculares, metodológicas, etc. Establecer trabajos en grupo, como la aplicación de encuesta y grupo de discusión, además de las limitaciones inherentes a las técnicas, implica en un trabajo que involucra indirectamente todos los sujetos del contexto escolar (profesores, pedagogos, administradores, psicólogos, personal de limpieza, etc.), lo que requiere acciones de gran amplitud.

Con relación a las limitaciones de las encuestas (teniendo en cuenta la técnica del cuestionario autoadministrado) se debe destacar: *que la información se restringe a la proporcionada por el individuo* (las preguntas son generalmente cerradas), en nuestro trabajo está limitación fue amenizada por al utilización de algunas preguntas abiertas y además de la utilización de la técnica del grupo del discusión para la complementación de los datos; *responde a objetivos descriptivo*, resultando difícil diseñar el cuestionario para contribuir a la explicación de relaciones entre variables, en nuestro caso fue necesario hacer adaptaciones para la utilización de la estadística de regresión múltiple; *la carencia de referencias contextuales y vitales de los individuos* limita la interpretación de los datos de encuesta y por fin, las encuestas pueden *confundirse en simples correlaciones entre variables* con

verdaderas relaciones causales, no obstante en este trabajo el uso de estadística multivariadas ayuda a la reducción de esta inexactitud.

Con relación a las limitaciones de la técnica del grupo de discusión se debe destacar en estudios que utilizan esta técnica: *inconvenientes* (metodología clásicas – validez y fiabilidad –) *de la interacción grupal*: problemas de generalización (lo menor control del investigador sobre los datos generados puede llegar a ser un problema importante), sesgo consciente o inconsciente de un grupo dominante o del moderador y deseabilidad (se guarda su opinión más íntima); los grupos de discusión tienden a *reflejar los consensos que impone la cultura dominante*. Además se puede destacar: que el moderador posee un menor grado de control sobre una entrevista individual que sobre una grupal; los miembros del grupo son capaces de determinar el curso de la conversación; el análisis de los datos son complejos, es necesario tener cuidado con las conclusiones prematuras, los participantes modifican o incluso invertirán sus posiciones tras interactuar con otros. Sin embargo la conducción de la reunión por un / a moderador / a experto / a puede disminuir considerablemente estos problemas.

Además de lo que fue comentado anteriormente, destacamos en este trabajo, que se tiene la conciencia de que fueron utilizadas demasiadas variables y en algunos casos no hemos querido recoger toda la posible información detallándola en profundidad. Además, se puede obtener más resultados a partir de las numerosas variables estudiadas en este trabajo.

Todas las variables del estudio fueran analizadas mediante informaciones suministradas por los sujetos. Las informaciones fueran recogidas a partir de un cuestionario y un grupo de discusión, lo que puede provocar errores que vengan de la dificultad en recordar las informaciones, así como, de la omisión o equivocación de algunas declaraciones que pueden no tener relación con la realidad.

Debido la heterogeneidad existente en los cuestionarios para medir el nivel de AF, hay una gran dificultad en comparar los resultados, además de las limitaciones que un cuestionario puede tener con relación a su validez y fiabilidad.

Los alumnos de la Enseñanza Técnica cambian en cada semestre, y la representación de la muestra fue relativa al mes de diciembre de 2003.

Solo se formó un grupo de discusión, con características homogéneas: franja de edad y el nivel de formación y heterogeneas: sexo y nivel de práctica de AF. Los principales motivos para la formación de un único GD fueron: en primer lugar las dificultades de reunir estos alumnos en un día y hora que satisficiera a todos, ya que estos estudian en cursos, turnos y niveles diferentes. En segundo lugar, la falta de tiempo por parte de los alumnos, que además de estudiar en el CEFET-PB tienen otras actividades (trabajo, estudio en la universidad, otro curso técnico o tecnológico, etc.). Lo que puede haber limitado los resultados de esta técnica, sin embargo, no se debe considerar como impedimento a la investigación, ya que la técnica del grupo de discusión fue utilizada en este trabajo como técnica complementaria de la encuesta.

2 - CONCLUSIONES

Las conclusiones obtenidas en esta tesis doctoral van a ser expuestas, atendiendo a los objetivos propuestos. Para ello, en cada apartado se referirá la conclusión fundamental y a continuación conclusiones secundarias que complementan a la general:

2.1 - Actividad Física en el tiempo libre

Hay más estudiantes sedentarios que activos en la Enseñanza Técnica del CEFET de Paraíba, Brasil, siendo los más activos los hombres más jóvenes, con mayor renta familiar y del curso de la tarde. Las AF que más practican (o practicaban) son los deportes de cancha, fútbol y natación, mayoritariamente de 2 a 3 veces en la semana de 1 a 2 horas, siendo los principales motivos elegidos por los que practican mejorar la condición física y divertirse.

Esta conclusión general puede concretarse en:

- ▶ Entre los alumnos sedentarios son más representativos los que abandonaron que los que nunca hicieron AF;
- ▶ Los hombres practican más horas al día y veces en la semana que las mujeres AF;
- ▶ Los hombres activos controlan la intensidad de la AF más que las mujeres, y entre los que abandonaron la AF, las mujeres controlaban más la intensidad que los hombres;
- ▶ Cuanto mayor es la renta familiar más se incrementa la práctica de AF de 30 minutos o más y de 4 a 7 veces en la semana;
- ▶ Los alumnos activos practican AF más por su cuenta y los sedentarios practicaban más como actividad del centro de enseñanza o trabajo. Además los hombres practican AF más por su cuenta y las mujeres como actividad del centro de

enseñanza o trabajo;

- ▶ Los alumnos con renta más alta frecuentan más el gimnasio y hacen más AF por su cuenta;
- ▶ Los alumnos activos en la mayoría de las veces practican / practicaban AF con grupo de amigos, siendo los porcentajes superiores cuanto más joven son los estudiantes. Las mujeres practican AF fundamentalmente sola y los hombres en grupo de amigos;
- ▶ Los motivos de práctica física más citados son mejorar la condición física, divertirse y la salud. En función del género las mujeres eligen como motivos mejorar la condición física y mejorar la salud, mientras que los hombres indican divertirse;
- ▶ Los motivos del abandono de la práctica de AF fueron el trabajo o el estudio exige mucho, falta de tiempo libre, la salud y la vergüenza;
- ▶ Los motivos por los que nunca han practicado AF fueron no tener tiempo y por pereza y desgana, el estrés del día a día y la salud;
- ▶ La perspectiva futura hacia la práctica de AF es positiva entre los alumnos, enfocada a sencillamente hacer AF y mejorar la salud. Los alumnos sedentarios son los que presentan la perspectiva más negativa.

2.2 - Actividades de ocio practicadas en el tiempo libre

Los estudiantes de la Enseñanza Técnica del CEFET de Paraíba, Brasil, ocupan su tiempo libre con actividades más pasivas que activas.

Esta conclusión general puede concretarse en:

- ▶ Las actividades preferidas son estar con la familia, ver la tele, leer y oír música y actividades religiosas. Los estudiantes que practican deporte y suelen estar con su novio / a son más activos que aquellos que suelen hacer compras en su tiempo libre. La participación en las prácticas deportivas se indicó estar más orientada a estar en compañía de amigos y charlar que propiamente participar de ellas.
- ▶ Los hombres en su tiempo libre salen más de excursión o para pasear y hacen más deporte que las mujeres, y éstas salen más para bailar y / o ir a discoteca y van más de compras;

2.3 - Educación Física en la Enseñaza Media

Los estudiantes de la Enseñanza Técnica del CEFET de Paraíba, Brasil, en su gran mayoría han hecho EF en la enseñanza media, de 1 a 2 veces a la semana, gustándole su práctica, pero sin creer en su influencia en el estilo de vida. Cuanto mejor percepción tienen los alumnos hacia la EF, más creen en la influencia de ésta en el estilo de vida.

Esta conclusión general puede concretarse en:

- ▶ Los alumnos activos presentan porcentajes mayores de práctica de práctica de deporte / EF en la EM frente a los sedentarios y éstos presentan porcentajes mayores de dispensa de la práctica de EF frente a los activos. Además tenían en la EM una frecuencia más elevada de práctica de EF frente a los sedentarios. Los alumnos que practicaron EF en la EM tienen una frecuencia de práctica de AF menor que los alumnos que hacían deporte.
- ▶ Se destacan además hechos como la obligación de la práctica de la EF en la EM, falta de estímulo hacia esta práctica, la falta de infraestructuras y contenidos excesivamente deportivos de las clases. Además indicaron una perspectiva positiva de los profesores y de las aulas EF en la EM.

2.4 - Conocimiento teórico básico sobre aptitud física hacia la salud

Los estudiantes de la Enseñanza Técnica del CEFET de Paraíba, Brasil, presentaron un bajo promedio de aciertos de 5,0 sobre 10.

Esta conclusión general puede concretarse en:

- ▶ Las preguntas que tuvieron los mayores índices de aciertos fueron las relacionadas con los abdominales y la movilidad articular y los mayores índices de errores tenían relación con la fisiología del esfuerzo y características de la sesión de EF. Los alumnos con la enseñanza profesional concluida, activos y con mayor renta familiar tuvieron mayor índice de aciertos.

2.5 - Hábitos de vida sanos

Con relación al consumo de tabaco el número de estudiantes de la Enseñanza Técnica del CEFET de Paraíba, Brasil, que han probado y fuman actualmente el cigarrillo es bajo, siendo las características que los definen tener entre 21 y 25 años, estar casada, trabaja y tener curso universitario o profesional. El hábito de beber tiene correspondencia con el hábito de fumar.

Esta conclusión general puede concretarse en:

- ▶ El consumo más frecuente de tabaco ha sido entre 1 a 5 años y de 1 a 5 cigarrillos al día;
- ▶ Además se añade, la repudia al uso del cigarrillo y la perspectiva negativa de fumar un día.

Con relación al consumo de alcohol más de la mitad de los estudiantes de la Enseñanza Técnica del CEFET de Paraíba, Brasil, lo ha probado y lo consumen actualmente, presentando un perfil de consumo en ocasiones especiales, preferentemente de 1 a 5 años, siendo la bebida más consumida la cerveza y ocasionalmente vinos y cavas, con una media de 1 a 3 vasos. Respecto al genero, los hombres separados / divorciados son los que más cantidad y con más frecuencia consumen, principalmente de cerveza, whisky, ron y aguardiente (bebidas fuertes).

Esta conclusión general puede concretarse en:

- ▶ Los alumnos tienen una buena autopercepción de la ingesta, dado que los que creen que beben más alcohol son los que ingieren con mayor frecuencia y más cantidades de vasos.
- ▶ Los alumnos sedentarios han probado alcohol menos que los activos, mientras que los que tienen mala o regular autopercepción de la condición física presentan índices mayores de haber probado el alcohol.
- ▶ Además se destacan hechos como el consumo temprano del alcohol, que ellos beben casi siempre con amigos, en fiestas o en casa y aportan que deberían existir políticas públicas de restricción al consumo de alcohol, así como el problema del consumo de alcohol excesivo por alguien conocido del entorno social o familiar.

2.6 - Autopercepción del estilo de vida sano de los alumnos del CEFET-PB

Los estudiantes de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB tienen una autopercepción positiva respecto al sueño diario, la alimentación, la salud y la condición física.

Esta conclusión general puede concretarse en:

- ▶ Los que beben habitualmente tienen una peor autopercepción de sueño diario;
- ▶ Existe una importante relación del nivel de AF con la autopercepción del estado de salud y de la condición física; los activos presentan una mejor percepción de su propia salud y condición física;
- ▶ Los alumnos que fumadores y que beben con mayor frecuencia presentan una peor imagen de su propia salud;

- ▶ Se añaden además la importancia del sueño en la vida de la persona, la relación de un buen sueño con el bienestar en el día siguiente, así como la escasez de tiempo para el descanso nocturno. Casi todos los alumnos declaran tener un día muy lleno de tareas, y se sienten muy cansados durante el día, alegando como si el sueño diario no fuera satisfactorio. Con relación a la alimentación destacan también saber la importancia de las frutas, verduras y legumbres para una alimentación sana, aunque no las consuman. Generalmente estos alumnos comen en el CEFET-PB o en casa y creen en la influencia de la familia en la alimentación.
- ▶ Los alumnos creen que dormir bien y practicar AF son los hábitos más importantes para tener salud. Y no consumir alcohol y una alimentación sana son los hábitos de vida que más influyen en el rendimiento del trabajo.

2.7 - Propuestas para mejorar la salud

- ▶ Para *la formación educacional del trabajador* los estudiantes de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB seleccionaron como competencias más importantes informática, lengua extranjera y salud.
- ▶ Con relación a *las propuestas de cambios en la perspectiva educacional*, seleccionaron programas prácticos de AF hacia la salud, conferencias, seminarios, encuentros en la escuela y campañas informativas en los medios de comunicación. Las justificaciones más frecuentes respecto a la importancia de la salud para la formación del trabajador fueron por la importancia de la prevención en el ambiente del trabajo, la mejora de la productividad, la disminución del absentismo laboral, la importancia del conocimiento teórico sobre salud y la importancia de la salud en todos los ámbitos sociales;
- ▶ Con relación a *las propuestas de cambio en el tiempo libre*, afirman que, en su mayoría, hay una necesidad de cambiar el ocio en el tiempo libre en sus ciudades, más instalaciones deportivas y más incentivo y / o más opciones de ocio deportivo. Fue añadido además al ocio una connotación espiritual (incentivo mayor al desarrollo espiritual de las personas, etc.) y social (mayor incentivo a los encuentros grupales, etc.).

2.8.- Relación de la práctica de AF con los riesgos y con la autopercepción de los estilos de vida

Los estilos de vida de riesgo (consumo de tabaco y alcohol) de los estudiantes del CEFET-PB, Brasil, muestran relación predictiva con el grado de AF practicado en el tiempo libre, en el sentido que los alumnos que presentan más riesgo en sus estilos de vida son aquellos que más practican actividades (moderadas y activas) en el tiempo libre.

La autopercepción de los estilos de vida sano de los estudiantes del CEFET-PB, Brasil, muestran relación con la evaluación afectiva de la EF y con la frecuencia de AF semana / horas, en el sentido que los alumnos que tienen una percepción más positiva de la EF en la EM y creen en la influencia de la EF en el estilo de vida y además practican AF más veces y horas semanales son aquellos que tiene una mejor autopercepción de su estilo de vida.

3 - PERSPECTIVAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Creemos que el conjunto de mecanismo que compone este trabajo es un principio para nuevas perspectivas de futuras investigaciones. Fue finalizada una etapa para que otras puedan abrirse y así ser renovada las esperanzas de realizaciones de ideas planteadas con el reto de mejorar la forma de vivir de las personas.

Atendiendo a las limitaciones previamente citadas y considerando el análisis de los resultados del estudio, se sugiere que:

- ▶ Se consiga una homogeneidad en la herramienta para valorar el estudio de actitudes, motivaciones y comportamientos en AF, así como en la evaluación más exacta de su nivel, como de otros hábitos de vida, para que fuese más viable la comparación de resultados entre diferentes grupos de investigación;
- ▶ Se incremente la validez y fiabilidad de los instrumentos que midan dichas variables;
- ▶ Se valoren los niveles de práctica de AF en otras poblaciones de escolares de la enseñanza profesional (técnica y tecnológica), replicando el estudio y contrastando los resultados;
- ▶ Se intente un cambio de comportamiento, en caso necesario, con respecto a la adquisición de los hábitos de la AF y otros hábitos saludables en la vida cotidiana de estos alumnos a través de trabajos de intervenciones. Quizás los efectos de

estas intervenciones, analizados en la edad adulta, tuviera relación directa con la adopción de estilos de vidas más saludables y un mayor bienestar y calidad de vida;

- ▶ Se incluyan contenidos relacionados a la salud en las asignaturas curriculares para adultos jóvenes – Enseñanza Técnica, Tecnológica y Universitarios –, para entender a través de estudios longitudinales cuál sería su influencia en los hábitos de vida en general;
- ▶ Se profundice en la valoración de los niveles de AF en adultos jóvenes bajo una perspectiva integral, incluyendo aspectos motivacionales con la misma, en perfiles concretos de estilos de vida diferenciados;
- ▶ Se consideren las sugerencias señaladas como importantes, desde la perspectiva de los alumnos, para las competencias en la formación educacional del trabajador, propuestas de cambios en la perspectiva educacional y propuestas de cambio en el tiempo libre, por lo menos en la escuela estudiada;
- ▶ Se realicen estudios longitudinales que permitan conocer la evolución del nivel de práctica de AF y los hábitos de vida, así como la relación entre ambos, acrecentando además valoraciones más directas de la salud biológica (tensión arterial, estado hematológico e inmunológico, etc.);
- ▶ Se incentiven, a partir de ahí, investigaciones longitudinales y, de intervención que contribuyan con programas relacionados con la promoción de la salud a través de la práctica de Actividad Física en la escuela y con la adopción de estilos de vidas activos hoy y mañana;
- ▶ Se desarrollen más investigaciones (descriptiva, longitudinales y de intervenciones) con relación al estilo de vida de escolares en todos los niveles de enseñanza y además con trabajadores que vislumbre todas las regiones de Brasil.

De este modo, con las conclusiones y las nuevas perspectivas generadas, nada más apropiado que terminar con unas palabras recogidas de Fergusson (1992: 268). *“No hay en la educación una vacunación que permita a las personas estar inmunizadas al aprender una materia y no necesitar aprender más. Sin embargo, la educación debe ser vista como un proceso que dura toda la vida y no ser vista como una necesidad social durante un corto periodo de tiempo, con el objetivo que inculcar habilidades mínimas y entrenar para el desempeño de determinados papeles”*.

BIBLIOGRAFÍA

- Aaro, C. E., Wold, B., Kannas, L. y Rimpela, M. (1986). Health behaviour in schoolchildren. A who cross-national survey. *Health Promotion, 1* (1), 17-33.
- Aaro, C., Kriska, A., Dearwater, S., Anderson, R., Olsen, T., Cauley, J. y LaPorte, R. (1993). The Epidemiology of leisure physical activity in an adolescent population. *Medicine and Science in Sport and Exercise, 25* (7), 847-853.
- Aaron, D., Dearwater, S., Anderson, R., Olsen, T., Kriska, A., Laporte, R. (1995). Physical activity and the initiation of high-risk health behaviours in adolescents. *Med. Sci. Sport Exerc., 27* (12), 1639-1645.
- Abel, T. y McQueen, D. V. (1984). Determinants of selected unhealthy eating behaviours among male and female adults. *European Journal of Public Health, 4*, 27-32.
- Active Voice. (2000). Facts about obesity in minority populations Active Voice, 5, 7.
- Adams-Campbell, L., Rosenberg, L., Washburn, R., Rao, R., Kim, K., Palmer, J. (2000). Descriptive epidemiology of Physical activity in African-American Women. *Prev. Med, 30*, 43-50.
- Aguilar, C. (2004). El programa radiofónico. En: Fernando Marquéz, Salvador Sáez y Rafael Guayta (eds.). *Métodos y Medios en Promoción y Educación para la salud*. Barcelona: Editorial UOC, 217-228.
- Aibar, C. (2001). Educación para la Salud. En: C. Colomer, y Carlos Álvarez (coord.). *Promoción de la salud y Cambio Social*. Barcelona: Masson, 61-75.
- Ainsworth, B. (2000). Issues in the Assessment of Physical Activity in Woman. *Research Quarterly for Exercise and Sport, 71* (2), 37-42.
- Albano, R. D. y Souza, S. B. (2001). Estado nutricional de adolescente: “risco de sobrepeso” e “sobrepeso” em uma escola pública do município de São Paulo. *Caderno de saúde Pública*. Rio de Janeiro, 4 (77), jul/ago.
- Almeida, M. (1995). A Atividade Física Na Prevenção Das Doenças Degenerativas: Sua Importância Na Situação Demográfica Brasileira. En: *Synopsis, 6*, 45.
- Alonso López, R. F. L. (2002). Desarrollo Tecnológico, dolencia y ejercicios físicos. Lecturas. Educación Física y Deportes. *Revista Digital*, año 08, 50 (www.efdeportes.com).
- Álvarez, V. (1990). Los grupos de discusión. *Cuestiones Pedagógicas, 6* (7), 201-207.
- Alvarez, B. (2002). *Estilo de vida e hábitos de lazer de trabalhadores, após 2 anos de aplicação de programa de ginástica laboral e saúde caso – Intelbras*. Tesis Doctoral. UFSC, Brasil.

- Alves, R. (2000). *Ginástica Laboral (GL): implantação e benefício nas indústrias da cidade industrial de Curitiba (CIC)*. Disertación de Master. Centro Federal de Educación Tecnológica de Paraná, Brasil.
- Alves, S.; Silva, S.; Ribeiro, R.; Vertematti, A. y Fisberg, M. (2000). Avaliação de actividade física, estado nutricional e condição social em adolescente. *Folha médica*, 1 (119), 26-33.
- American College of Sport Medicine (1978). The recommended quality and quantity of exercise for developing and maintaining fitness in health adults. *Medicine and science in Sport and Exercise*, 10, vii-x.
- American College of Sport Medicine (1990). The recommended quality and quantity of exercise for developing and maintaining fitness in health adults. *Medicine and science in Sport and Exercise*, 22, 265-274.
- American College of Sport Medicine (1995b). Guidelines for graded exercise testing and exercise prescription. 5th ed. Philadelphia. Lea and Febiger.
- American College of Sport Medicine. (1996). Manual para teste de esforço e prescrição de exercício. Rio de Janeiro: Revinter.
- American College of Sport Medicine (1998). The recommended quality and quantity of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Medicine and Science Sport Exercise*, 30 (6), 975-991.
- Amigo, I.; Fernández, C. y Pérez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*. 2^a ed. Madrid: Pirámide.
- Andersen, L. B.; Schnohr, P.; Schroll, M. y Hein, H. O. (2000). All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports and cycling to work. *Arch. International Medicine*, 160, 1621-1628.
- Andersen, R. E. (2000). Healthy people 2010: steps in the right direction. *Physical Sports Med*, 28, 7-8.
- Angel, L.; Lluch, C.; Ruiz, R.; Espejo, J.; Tapia, G. y Mengual, P. (1998). Prevalencia de Actividad Física y su relación con variables sociodemográficas y ciertos estilos de vida en escolares Cordobeses. *Rev. Esp. Salud Pública*, 72, 233-244.
- Antal, M., Nagy, K., Biro, L., Greiner, E., Regoly-Merei, A., Domonkos, A., Balajti, A., Szabo, C. Y Mozsary, E. (2003). Cross-sectional survey on the nutritional and life-style habits of secondary school students in Hungary [abstract]. *Orv. Hetil*, 144 (33), 1631-1636.
- Anuario Estadístico de Salud de Brasil (2004). Ministerio de la Salud. En Web: www.ministeriodesaude.gov.br (extraído en diciembre de 2004).

- Araújo, D. (2001). *Autopercepção da aptidão física relacionada a saúde*. Tesis Doctoral. Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, Brasil.
- Arias, A. y Fernández, B. (1998). La encuesta como técnica de investigación social. En: Rojas, A., Fernández, S., Pérez, C. (eds.). *Investigar mediante encuesta - fundamentos teóricos y aspectos prácticos* (pp. 31-44). Madrid: Síntesis.
- Artazcoz, L., Cruz, J. L. y Sánchez, A. (1996). Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. *Gac. Sanit.*, 10, 282-292.
- Ashton, J. y Seymour, H. (1990). *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson.
- Asci, F. (2000). An investigation of age and gender differences in physical self-concept among late adolescence. *Sum*, 146 (37), 365-371.
- Assis, M. (1999). *Comportamiento alimentar e ritmos circadianos de consumo nutricional em coletores de lixo da cidade de Florianópolis: relações entre os turnos de trabalho*. Tesis de Doctoral. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Arvers, P. y Choquet, M. (1999). Regional variations in alcohol use among young people in France. Epidemiological approach to alcohol use and abuse by adolescents and conscripts. *Drug and Alcohol Dependence*. 56 (2), 145-155.
- Aubá, J.; Plana, M. y López, J. C. (2000). Factores extralaborales. En: Fernando G. Benavides, Carlos Ruiz y Ana M. García (Coord.). *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgo laborales* (pp. 401-413). Barcelona: Masson.
- Ausenka, M., Roque, D., Oliveira, L., Brito, C., Matsudo, S., Araújo, E., Figueira, A., Braggion, G. y Matsudo; V. (2001). Nivel de conhecimento sobre actividad física para a promoção da saúde de estudantes de Educação Física. *Rev. Bras. Ciên. e Mov. Brasilia*, 3 (9), 31-37, julho.
- Azevedo, A., Machado, A. P. y Barros, H. (1999). Tobacco smoking among Portuguese high-school students. *Bulletin of the World Health Organization*, 77 (6), 509-517.
- Azevedo, J. (1991). *Educação tecnológica: anos 90*. Portugal: Asa.
- Barañano, M. (1992). *Mujer, trabajo, salud* (pp.20-43). Madrid: Trotta.
- Barbanti, V. J. (1990). *Aptidão Física: um convite a saúde*. São Paulo: Manole.
- Barbosa, T.; Magalhães, P. y Lopes, V. P. (1999). Gender, socioeconomic status, and maturation differences in pubertal children's physical activity. *Pediatric Exercise Science*, 11 (3), 92.
- Bardin, L. (1996). *El análisis de contenido*. Traducción César Suárez. Madrid: Akal.
- Bar-Or, O. (1983). *Paediatric Sport Medicine for the practitioner. From physiological principles to clinical applications*. New York: Springer-Verlag.

- Bar-Or, O., Foreyt, J., Bouchard, C., Brownell, K., Dietz, W. y Ravussin, E. (1998). Physical activity, genetic, and nutritional considerations in childhood weight management. *Medicine y Science in Sport & Exercise*, 30 (1), 2-10.
- Barros, M. V. (1999). *Atividade Física e outros comportamentos relacionados à saúde em industriários de Santa Catarina*. Disertación de Master. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Bauman, A. (2004). Updating the evidence that physical activity is good for health – an epidemiological review 2000-2003. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7 (1), 6-19.
- Bauman, A. y Phongsavan, P. (1999). Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 39-48
- Baus, J., Kupek, E. y Pires, M. (2002). Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Revista de Saúde Pública*, 36 (1), 40-46.
- Belik, W. (1996). A reestruturação da indústria agroalimentar e abastecimento: uma nova agenda para discussão. In: Galeazzi MAM, (organizador). *Segurança alimentar e cidadania* (pp. 295-300). Campinas: Mercado das Letras.
- Belizário, R. (2003). Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximação possível e desafios. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1 (19).
- Beltrán, M. (1990). Cinco vías de acceso a la realidad social. En García, M. Ibáñez, J. y Alvira F. (Eds.). 2ª ed. *El análisis de la realidad social* (pp.30-45). *Métodos e técnicas de investigación social*. Madrid: Alianza.
- Best, J. W. (1982). *Cómo investigar en educación*. (9ªed). Madrid: Ediciones Morata, S.A.
- Betti, M. (1991). Perspectivas para Educação Física Escolar. *Revista Paulista de Educação Física*. São Paulo, 1, 2 (5), 70 -75.
- Biddle, S. J. H.; Terry, P. C.; Chatzisarantir, N. y Bell, R. D. (1997). Development of a test to assess the attitudes of older adults toward physical activity and exercise. *Journal of Aging and Physical Activity*, 111-125.
- Bimbela, J. L. y Héman, M. (1998). Mecade 98. Algunas anotaciones sobre docencia. Escuela Andaluza de Salud Pública. Paper.
- Blair, S. N.; Clark, D. G.; Cureton, K. J. y Powell, K.E. (1989). Exercise and fitness in childhood: implications for lifetime of health. In: C.V. Gisolfi; D.R. Lamb (eds.). *Perspectives in Exercise Science and sport Medicine, vol 2; Youth, Exercise, and Sport*. Benchmark Press. Indianapolis.
- Blanco, J. y Tercedor, P. (2000). La Actividad Física y su relación con la Salud. *Fútbol Cuadernos Técnicos*, 17, 73-79.

- Blasco, T. (1994). *Actividad Física y Salud*. Madrid: Martínez Roca.
- Blázquez, D. y Sebsastiani, E. (1998). Innovación y desafíos en la evaluación de la Educación Física. En: Ruiz, F. y Rodríguez, P. L. (coord.). *Educación Física, Deporte y Salud* (pp. 163-216). Universidad de Murcia.
- Bleil, S. I. (1998). O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. *Cadernos de Debate*, VI, 1-25.
- Bongers, P.; Kompier, M. y Hildebrant, V. (1993). Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scan. J. Work Environ Health*, 19, 297-312.
- Boone, T. (1994). El ejercicio obsesivo, algunas reflexiones. *Revista de Educación Física*, Maringá, Paraná, 8, 12-16.
- Bosse, R., Aldwin, C., Levenson, M., Spiro, A., Mroczek, D. (1993). Change in social support after retirement: longitudinal findings from the Normative Aging Study. *J. Gerontol*, 48 (4), 210-217.
- Bouchard, C.; Shepard, R. J.; Sutton, J. R. y Mcpherson, B. D. (eds.) (1990). *Exercise, Fitness and Health: A Consensus of Current Knowledge*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Bouchard, C., Shephard, R. y Stephens, T. (1994). *Physical Activity, Fitness, and Health. International proceedings and consensus statement*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Brach, W. (1992). *Educação Física e Aprendizagem Social*. Porto Alegre: Magíster.
- Bouchard, C. y Rankinen, T. (2001). Individual differences in response to regular physical activity. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 33, 446-451.
- Braco, M., Matsudo, S., Andrad, D., Araujo, T., Figueira, JR., Oliveira, L. y Matsudo, V. (1999). Knowledge profile and physical activity level among health care providers and workers of a non-government primary care unit. *Official Journal of the American College of Sport Medicine*, 5 (31) Supplement, Friday, June 4.
- Bragion, G. F., Matsudo V. K., Matsudo, S. M., Andrade, E. L., Paschoal, V. C., Raso, V., Ramos, E. (1997 e 1998). Comportamento alimentar e de atividade física em adolescentes. *Relatório do Programa Agita São Paulo - CELAFISCS*. São Paulo.
- Brañas, P. (2001). *La juventud y los comportamientos de riesgos para la salud*. En: Sainz, M. (Coord.), pp.17-19. Madrid: Instituto de la Juventud. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales.
- Briones, E. (1991). *Nutrición y salud en Andalucía. Análisis de situación desde la perspectiva de la planificación sanitaria*. Consejería de salud de la junta de Andalucía.

- Brown, D. R. (1990). Exercise Fitness, and mental health. In: Bouchard, C., Shephard, R.J., Steppens, T., Sutton, J.R y Mcpherson, B.D. *Exercise, Fitness, and Health: A Consensus of Current Knowlwdge* (pp. 607-620). Champaign, Illinois: Human Kinetics Books.
- Bungum, T. J. y Vincent, M. L. (1997). Determinants of physical activity among female adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 13 (2), 115-122.
- Bungum, T. J., Morrow, J. (2000). Differences in Self-reported rationale for perceived increases in physical activity by ethnicity and gender. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71 (1): 55-60.
- Caïs, J. (1997). *Metodología del análisis comparativo*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Callejo, J. (2001). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel.
- Canales, M. y Peinado, A. (1994). Grupo de Discusión. En: Juan Manuel Delgado y Juan Gutiérrez (coord.). *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp.287-316). Madrid: Síntesis Psicología.
- Cárdenas, C. (2002). *Promoción y Educación para la Salud*. Madrid: Cruz Roja.
- Carlini-Cotrim, B.; Gazal, C. C. y Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudandes das redes públicas e privadas da área metropolitana. *Rev. de Saúde Pública*. São Paulo, 6 (34), 636-645.
- Carvajal, S. (2002). La Educación Profesional (ETP): Innovación y Desarrollo. Interculturalidad e Integración Social. *II Seminario de Ciencia Humanas y Sociales*. 189-201.
- 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 Granada.
- Casimiro, A. (2002). *Hábitos deportivos y estilo de vida de los escolares almerienses*. Almería: Universidad de Almería.
- Caspersen C., Powell, K. y Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 2 (100), 126-131.
- Caspersen C. y Merrit, R. (1995). Physical activity trends among 26 states, 1986-1990. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 27, 713-720.

- Caspersen C.; Pareira, M. y Curran, K. (2000). Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross-sectional age. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 32 (9), 1601-1609.
- Cassefo, V.; Andrade, D. y Matsudo, V. (1999). Nivel de conhecimento sobre atividade física para a promoção da saúde entre os estudantes de medicina da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC. *Anais do XXII Simpósio Internacional de Ciência do Esporte, São Paulo*.
- Castellani, L. (1998). *Política educacional e Educação Física*. Campinas: Autores Associados.
- Cazuza, J. (2002). *Estilo de vida escolares do Ensino Médio no Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil*. Disertación de Master. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil.
- Cea, M^a. A. (2001). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. (3^a ed). Madrid: Editorial Síntesis.
- Chapman, S. y Lupton, D. (1994). *The fight of public health: Principles and practice of media advocacy*. Londres: British Medical journal publishing Group.
- Chen, J. y Millar, W. (1999). Health effects of physical activity. Statistics Canada. *Health Reports*, 11 (1), 21-30.
- Cheung, Y., Lauer, M., Earnest, C., Church, T., Kampert, J., Gibbons, L. y Blair, S. (2003). Heart rate recovery following maximal exercise testing as a predictor of cardiovascular disease and all cause mortality in men with diabetes. *Diabetes Care*, 26 (7), 2052-7.
- Cheval, A. (1990). História das Disciplinas Escolares: Reflexões Sobre um Campo de Pesquisa. En: *Educação e Realidade*. Porto alegre, 2, 177-229.
- Chopra, D. (2001). *Conexao Saúde: como ativar as energias positivas do seu organismo e ter saúde perfeita*. Sao Paulo: Editora Best Seller.
- Chopra, K. (2001). *O Segredo da Saúde e da Longividade*. Rio de janeiro: Ediouro Publicaciones.
- Clark, J. (1994). *Vida en plena forma. Un programa completo para personas de edad madura*. Barcelona: Paidotribo.
- Clínica Mayo. (2002). *Clínica Mayo: Guía personal de la salud - Cómo actuar ante las dolencias más comunes*. En: (colectánea de autores). Barcelona: RBA Libros S.A.
- Colás, M^a Pila. y Buendía, L. (1998). *Investigación Educativa*. (3^a ed). Sevilla: Ediciones Alfar.

- Comás, D., Aguinaga, J., Orizo, F., Espinosa, A.; y Ochaita, E. (2003). *Jóvenes y estilo de vida: valores y riesgos en los jóvenes urbanos*. Madrid: Fundación de ayuda contra la drogadicción.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2002). *Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006)*. Bruselas.
- Conference Board of Canada. (1997). *Smoking ant the bottom line: The costs of smoking in the workplace*. Health Canadá, Ottawa. Extraído el 28-11-00. En web: www.hc-sc.gc.ca/httb/tobaccoreduction/publications/workplace/bottom_line/report.html
- Costa, M. y López, E. (1986). La educación para la salud. En: Martínez Roca (coord.). *Salud Comunitaria* (pp. 139-165).
- Costa, M. y López, E. (1998). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar estilo de vida* (pp. 27-45). Madrid: Pirâmide.
- Crespo, C., Smith, E., Andersen, R., Carter-Prokas. O. y Aimsworth B. (2000). Race/ethnicity, social class and their relation to physical inactivity during leisure time: results from the third national health and nutrition examination survey, 1988-1994. *Am. J. Pre. Med.*, 18 (1), 46-53.
- Cutter, J., Yian, T. B. y Kai Chew, S. (2001). Levels of cardiovascular disease risk factors in Singapore following a national intervention programme. *Bull WHO*; 79 (10), 908-915.
- Cyrillo, D. C., Saes, M. S. y Braga, M. B. (1997). Tendência do consumo de alimentos e o plano real: uma avaliação para a grande São Paulo. *Planej. Polít. Pública*. São Paulo, 16, 163-95.
- D'Amours, Y. (1988). *Activité physique: Santé et maladie*. Montreal, Québec, Canadá. Quebec / Ameriqué.
- Davidenko, D. (2000). Valeologia: Una nueva ciencia integradora sobre el estilo de vida en su relación con la salud. En: *Educación Física y Salud*. (pp. 35-36). Actas del segundo Congreso Internacional de Educación Física. FETE-UGR. Cádiz.
- Davó, M^a Y Ruiz, M^a. (2001). Escuelas Saludables. En: C. Colomer, y Carlos Álvarez (coord.). 2001. *Promoción de la salud y Cambio Social* (pp. 145-161). Barcelona: Masson.
- Decreto n.º 2.208. (1997). Brasil, 17 de Abril de 1997.
- Decreto n.º 2.406. (1997). Brasil, 27 de noviembre de 1997.
- Decreto n.º 3.462 / 00. (2000). Brasil, 17 de mayo de 2000.
- Decreto n.º 3.741 / 01. (2001). Brasil, 31 de enero de 2001.

- Delgado, M., Gutiérrez, A. y Castillo, M. J. (1997). *Entrenamiento físico-deportivo y alimentación. De infancia a la edad adulta*. Barcelona: Paidotribo.
- Delgado, M. (1999a). Educación para la salud en Educación Física: Concreciones curriculares. *I Jornadas Andaluzas sobre Actividad Física y Salud*. Granada: Editado en CD Rom.
- Delgado, M. (1999b). La nutrición en el escolar: implicaciones para la actividad física y deportiva. En: Ruiz, F., y Rodríguez García, P. L. (coord.). *Educación Física, deporte y salud* (pp. 287-310). Murcia: Universidad de Murcia.
- Delgado, M. (2001). Análisis de la Investigación en Actividad Física Orientada a la Salud Desde la Educación Física en Educación Obligatoria. En: Delgado, M., Vaquero, M., Gonzáles, J., Baltanás, F. *Avances en Actividad Física y Salud* (pp. 47-81). Puente-Genil. Grafica del Ayuntamiento de Puente Gentil.
- Delgado, M. y Tercedor, P. (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la Educación Física*. Barcelona: INDE.
- Demoscopia, S. A. (1997). Encuesta Española sobre salud 1994. En: *Anuario de la Salud, la medicina y la Sanidad*. Diario "El País", 18-26. Madrid.
- Devide, F. P. (1999). As aulas de Educação Física escolar sob a ótica dos seus atores. *Rev. Sprint*, Rio de Janeiro, 105 (18), 34-40.
- Devís, J. C. y Peiró, C. (1992). *Nuevas perspectivas curriculares en Educación Física: la salud y los juegos modificados*. Barcelona: Inde.
- Devís, J. C. y Peiró, C. (1995). La salud en la enseñanza de la educación física. Una experiencia escolar. En: P. L. Rodríguez, J. A. Moreno (comps.). *La Educación física en el currículo de primaria* (pp. 68). Universidad de Murcia. Murcia.
- Devís, J. (1998). La salud en la Educación Física Escolar: materiales curriculares para el alumnado de enseñanza primaria. En Villamón, Miguel. *La Educación Física en el Currículum de Primaria*. Valencia. Ed. Cosellería de cultura, Educació i Ciència. Direcció General d'Ordenació, Innovació Educativa i Política Lingüística.
- Devís, J. (2000). La ética en la promoción de la actividad física relacionada con la salud. En: *Educación Física y Salud* (pp. 57-78). Actas del Segundo Congreso Internacional de Educación Física. Cádiz: FETE - UGR - Cádiz.
- Devís, J. C., Perez, V., Ballester, E., Devís, F. J. y Sanchez, R. (2000). *Actividad Física, deporte y salud*. Barcelona: Inde.

- Devís, J. C. y Peiró, C. (2001). Fundamentos para la promoción de la actividad física relacionada con la salud. En: José Devís Devís (org). *La Educación Física el Deporte y la Salud en el siglo XXI* (pp. 295-319). Alicante: Editorial Marfil.
- De Farias, J. C. (2002). *Estilo de vida escolares do ensino médio no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil*. Disertación de Master. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- De Figueirêdo, M. J. (1999). *A Educação Física no novo modelo do Ensino Técnico*. Disertación de Master. Universidade Federal da Paraíba, Brasil.
- De Figueirêdo, M. J. (2000). A questão da Educação Física no currículo do Ensino Técnico profissionalizante do CEFET-PB. En: *Temas em Educação*. João Pessoa, Brasil, n.9, 88-103.
- De Figueirêdo, M. J. (2002). A Educação Física no Ensino Médio. En: *Plenarium*. Timbaúba, Brasil, 3-4 (3), 71-76.
- De Figueirêdo, M. J. (2003). Educación Física en la perspectiva de la promoción de la salud en el currículo de la enseñanza técnica y tecnológica de Brasil. Actividad Física y del Deporte. En: *Deporte y calidad de vida* (pp. 142-146). Actas del II Congreso Internacional de Ciencia de la Actividad Física y Deporte. Granada-España.
- De Figueirêdo, M. J. y Rebollo, S. (2003). La actividad física hacia la salud en la Enseñanza Técnica de Brasil. Lecturas. Educación Física y Deportes. *Revista Digital*, año 09, 63 (www.efdeportes.com).
- De Figueirêdo, M. J. y Rebollo, S. (2003b). La Actividad Física y los Hábitos de vidas sanos: Un estudio en la Enseñanza Técnica del CEFET de Paraíba-Brasil. En: *Deporte y calidad de vida* (pp. 147-153). Actas del II Congreso Internacional de Ciencia de la Actividad Física y Deporte. Granada, España.
- De Sá, G. (2003). *Determinantes da Atividade Física e estágios de mudança de comportamento em adolescentes*. Disertación de Master. UFSC, Brasil.
- De Souza, J. M. (2004). *O Uso de suplementos alimentarios e hábitos de vida de Universitarios: o caso da UFSC*. Tesis Doctoral. Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Díaz, C.; Díaz, V. y Díez, R. (2000). Estudio comparativo sobre los hábitos tabáquicos entre estudiantes de medicina y de historia del arte. *VI jornada de medicina Preventiva y salud Pública - UCM*. Paper.
- Dias, M^a. (1994). Ginástica Laboral; empresas Gauchas têm bons resultados com ginástica antes do trabalho. *Rev. Proteção*. Rio Grande do Sul, 29.

- Dias, M. A. y Marchi, R. (1997). *Saúde qualidade de vida no trabalho*. São Paulo: Ed. best seller.
- Díaz, F. A. (2002). *Tabaquismo. Guía didáctica para padres y educadores*. Madrid: San Pablo.
- Díez-Gañán, L.; Rodríguez-Artalejo, F.; Banegas, J.; Guallar-Castillón, P.; Pacheco, L. y del Rey, J. (2002). Características demográficas, hábitos de vida e historia del consumo de tabaco de los fumadores ocasionales en España. *Rev Esp. Salud Pública*, 4 (76), 281-291.
- Dovey, S. M.; Reeder, A. I. y Chalmers, D. J. (1998). Continuity and change in sporting and leisure time physical activities during adolescence. *British Journal of Sport Medicine*, 32, 53-57.
- Drinkwater, B. L. (1994). Physical activity, fitness, and osteoporosis. En: C. Bouchard, R. Shephard, y T. Stephens (eds). *Physical activity, fitness, and health*. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 724-736.
- Dunn, A., Trivedi, M. y O'Neal, H. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Med. Sci. Sport Exerc.*, 33, 587-97.
- Duque Alcuña, G.; Terrón, Galán, I.; López Ordonéz, M. A.; Sánchez Roldán, J. G. y Romero Ordóñez, M^a.P. (1995). Consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales entre alumnos de BUP. *Salud Rural*, 6, 49-57.
- Ebbeck, V. y Gibbons, S. (2003). Explaining the self-conception of perceived conduct using indicators of moral functioning in Physical Education. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, Washington, 3 (74), 284-291.
- Edideco - Editores para a Defesa do Consumidor. (1999). "Mente sã em corpo são". *Test Saúde*, 21, 26-30.
- Elzo, J., Vuelva, I., Laespada, M., Salazar, L. y Comas, D. (2000). *Las culturas de las drogas en los jóvenes. Ritos y fiestas*. Vitoria, Gobierno Vasco.
- Encuesta Nacional de Salud de Méjico (2000). Secretaria de salud: Encuesta Nacional de Adicciones: alcohol. Población entre 18-65 años. México. DF.: SSA - CONADIC-IMP (documento interno).
- Encuesta Escolar sobre Droga en España (2002). *Datos provinciales de la EED-2002*. Extraído el 19-09-04. En Web: <http://www.ministeriodesanidad.es>. html.
- Encuesta Nacional de Salud (2003). *Datos provinciales de la ENS-2003*. Extraído el 19-09-04. En Web: <http://www.ministeriodesanidad.es>. html.

- Erlichman, J., Kerbey, A. y James W. (2002). Physical activity and its impact on health outcomes. Paper 2: prevention of unhealthy weight gain and obesity by physical activity: an analysis of the evidence. *Obes. Rev.*, 3, 273-87.
- Esculcas, C. y Mota, J. (2000). Physical activity and leisure behaviours in adolescents. The influence of physical activity characteristics and the socio-economic status. *International Journal of Behavioural Medicine*, 7 (Suppl.1), 208.
- Fad - Edis (1996). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 1996*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Fagard, R. H. y Tipton, C. M. (1994). Physical activity, fitness, and hypertension. En: C. Bouchard, R. Shephard, y T. Stephens (eds). *Physical activity, fitness, and health* (pp.633-655). Champaign Illinois: Human Kinetics.
- Farias Junior, J. C. *Estilo de vida de escolares do Ensino medio no Municipio de Florionópolis, Santa Catarina, Brasil*. Disertación de Master. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil.
- Faubel, V., Moreno., Pinto, E. y Terrasa, C. (2000). *Programa de prevención escolar y familiar de la asociación proyecto hombre*. 2ª edición. Madrid: Ministerio del interior.
- Faulkner, R. y Slartery, C. (1990). The relationship of physical activity to alcohol consumption in youth 15-16 years of age. *Can. J. Public Health*, 81, 168-169.
- Fergusson, D. P. (1991). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. (3ª ed). México: Interamericana.
- Fernandes, S. A. (2000). *La influencias da organização do trabalho- tecnologia e treinamento no aparecimento das lesões por esforço repetitivo: o caso do NPD da UFSC.* Disertación de Master. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Ferreira, J. C. (1999). *Aptidão física, actividade física e saúde da população escolar do centro da área educativa de Viiseu: estudo em criança e jovens de ambos os sexos dos 10 aos 18 anos de idade*. Disertación de Master. FCDEF-UP. Porto, Portugal.
- Finn, E. y Grieto, Z. (2003). Riesgo para la salud derivados del consumo voluntario e involuntario de tabaco. *Rev. Esp. Salud Pública*. São Paulo, 77, 11-36.
- Fischmann, R. (1991). Realidade da Educação Física Escolar. *Revista paulista de Educação Física*, São Paulo, 1/2 (5), 18 a 20, jan. / dez.
- Flores, A. (2002). *Prevalencia da inatividade física e outros fatores de risco relacionados á saúde na população adulta urbana de Mafra*. Disertación de Master. Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil.

- Fluge, S., Knudsen, E.C., Krogvold, L., Sigstad, E., Try, K y Ford, R. (1994). *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 114 (17), 1938-1940.
- Fontes. (2001). *XXIV Simposio Internacional de Ciencia do Esporte "Vida ativa para o novo milenio"*, paper.
- Fox, K.R. (1992). Physical education and the development of self-esteem in children. In N. Armstrong (Ed.), *New directions in physical education vol 2: Toward a national curriculum* (pp. 33-54). Champaign, IL: Human Kinetics
- Fox, K. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutr.*, 2 (3), 411-8.
- Fox, K. (2000). Promoviendo estilos de vida activos en las personas jóvenes: importantes consideraciones psicosociales. En: *Educación Física y Salud* (pp. 89-103). Actas del Segundo Congreso Internacional de Educación Física. FETE - UGR. Cádiz.
- Foz, K. R. y Biddle, S. (1998). The child's perspective in physical education. (Part 2: Children's participation motives). *The British Journal of Physical Education*, 19 (2), 79-82.
- França, N. M. y Praagh, E. V. (2000). Evolução da função anaeróbica: uma análise transcultural. In: *Anais Simpósio Internacional de Ciências do Esporte, XXIII.* (pp. 76). São Paulo, Brasil.
- Franks, B. D. y Howley, E. T. (2000). *Instrutor de Condicionamento Físico para a Saúde.* Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Freire, P. (1981). *Pedagogia do Oprimido.* Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- French, S.; Story, M. y Jeffery, R. (2001). Environmental influences on eating and physical activity. *Ann. Rev. Public Health*, 22, 309-35.
- Frigotto, G. (1996). Cidadania e Formação Técnico-Profissional: Desafios Neste Fim de Século. En: DA SILVA (org). *Novos Mapas Culturais. Novas Perspectivas Educacionais* (pp.137-163). Porto Alegre: Sulina.
- Frigotto, G. (1998a). A Educação e Formação Técnico Profissional Frente a Globalização Excludente e o Desemprego Estrutural. En: Silva, L (org). *A Escola Cidadã no Contexto da Globalização* (pp. 218-238). 2ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Frigotto, G. (1998b). A Educação, Crise do Trabalho Assalariado e do Desenvolvimento: Teorias em Conflitos. En: Frigoto. G (org). *Educação e Crise do Trabalho: Perspectivas de Final De Século* (pp.25-54). Petrópolis: Vozes.

- Fulton-Kehoe, D., Hamman R., Baxter J. y Marshall, J. (2001). A case-control study of physical activity and non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM). The San Luis Valley Diabetes Study. *Ann Epidemiology*, 11 (5), 320-7.
- Gaytán, J. A. y Piñuel, J. (1998). *Técnicas de investigación en comunicación social: elaboración y registro de datos*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Galduróz, J. C.; Noto, A. R. y Carlini, E. A. (1997). IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º grau em 10 capiatais brasileiras-1997. *Centro brasileiro de informação sobre drogas psicotrópicas (CEBRID)*. Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina.
- Gambardella, A. M. D. (1995). *Adolescentes, estudantes do período noturno: como se alimentam e gastam suas energias*. Tesis Doctoral. Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, Brasil.
- Gambardella, A. M. y Gotlieb, S. L. D. (1998). Dispendio energético de adolescentes estudantes do período noturno. *Rev. De Salud Pública*. São Paulo, 32 (5), 413-419.
- García Ferrando, M. (1991). *Los españoles y el deporte, 1980 - 1990. Un análisis sociológico*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- García Ferrando, M. (1993). *Tiempo libre y actividades deportivas de la juventud de España*. Madrid: Ministerios de Asuntos Sociales, Instituto de la Juventud.
- García Ferrando, M. (1994). *Socioestadística. Introducción a la estadística en sociología*. Madrid: Alianza.
- García Ferrando, M. (1997). *Los españoles y el deporte (1980-1995): un análisis sociológico sobre comportamientos, actitudes y valores*. (Madrid), Tirant lo Blanch (Valencia).
- García Ferrando, M. (2000). *Socioestadística. Introducción a la estadística en sociología*. Madrid: Alianza editorial.
- García Ferrando. (2001). *Los españoles y el deporte: prácticas y comportamientos en la última década del siglo XX (encuesta sobre los hábitos deportivos de los españoles, 2000)*. Madrid: EDIT - IN.
- García Ferrando, M.; Ibáñez, J. y Alvira, F. (2000). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. (3ªed). Madrid: Alianza editorial.
- García Ferrando y Mestre, J. (2002). *Los hábitos deportivos de la población de Valencia (2000)*. Valencia: Ajuntament de València.
- García Montes, M. E. (1997). *Actitudes y comportamientos de la mujer granadina ante la práctica física de tiempo libre*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.

- García, R. W. (1997). Representação sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamneto aimentar. *Physis*. Rio de Janeiro, 7, 51-68.
- Gariglio, J (1997). *Ensino da Educação Física nas Engrenagem de uma Escola Profissionalizante*. Disertación de Master. Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
- Gavídia, V. (2001). La Transversalidad y la escuela Promotora de la Salud. *Rev. Esp. Salud Pública*; 75, 505-516.
- Generelo, E. (1998). Educación Física y Calidad de Vida. En: Martínez, Jesús (org). *Deporto y calidad de vida* (pp. 309-331). Madrid: Librerías Deportivas Estevan Sanz, S.L.
- Gentili, P. (1995). Pedagogia da Exclusão: Crítica ao Neoliberalismo em Educação. Trad. de Vânia Paganini Thurler e Tomaz Tadeu da Silva. Rio de Janeiro: Vozes.
- Gérman, C. y Marcén, C. (2000). Nuevo Paradigma de Salud. En: Antonio Frias Osuna (org.). *Salud Pública y Educación para la salud* (pp.15-25). Barcelona: Masson.
- Gil, J. (1993). La metodología de investigación mediante grupos de discusión. *Enseñanza*, 10 (11), 199-212.
- Giuliani, A. y Pereira, M. (1998). Os (des) caminhos da Educação Profissional no Brasil. En: *Ensaio*. Rio de Janeiro, 20 (6), 385-404, jul. / set.
- Gómez López, M., Ruiz Juan, F., García Montes, M. y Piéron, M. (2003). Evolución de las preferencias de ocupación del tiempo libre entre el alumnado universitario de primer ciclo. En: *Deporte y calidad de vida* (pp.81-86). Actas del II Congreso Internacional de Ciencia de la Actividad Física y Deporte. Granada, España.
- Goodman, R. I. (1994). Focus group interviews in media product testing. *Educational Technology*, august, 39-44.
- Goodman, A. E. y Macdonald, S. S. (1987). *The group depth interview. Principles and practice*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Gonçalves, S. y Pimenta, C. (1994). *Revendo o Ensino de 2º Grau: Propondo a Formação de Professores*. São Paulo: Cortez.
- González, J., Salvador, T. y Villalbí, J. (2003). El recio del control del tabaquismo en el lugar de trabajo. *Rev. Esp. Salud Pública*, 1 (77), 1-2.
- Gordon-Larsen, P., Adair, L. y Popkin, B. (2002). Ethnic differences in physical activity and inactivity patterns and overweight status. *Obes. Res.*, 10 (3), 141-149.
- Grunbaum, J., Lowry, R, Kann, L. y Pateman, B. (2000). Prevalence of health risk behaviours among Asian American I Pacific Islander high school students. *Journal of Adolescent Health*, 27, 322-330.

- Guedes, D. y Guedes, J. (1992). Projeto Atividade Física e Saúde. En: *APEF*. Londrina, 13 (7), 15-22.
- Guedes, D. y Guedes, J. (1993a). Educação Física Escolar: Uma Proposta de Promoção de Saúde. In: *APEF*. Londrina, 14 (7), 6-23.
- Guedes, D. y Guedes, J. (1993b) Subsídio Para Implementação de Programas Direcionados à Promoção da Saúde Através da Educação Física Escolar. En: *APEF*. Londrina, 15 (8), 3-11.
- Guedes, D. y Guedes, J. (1994). Sugestões de Conteúdos Programático para Programas de Educação Física Escolar Direcionados à Promoção da Saúde En: *APEF*. Londrina, 16 (9), 3 -14.
- Guedes, D. y Guedes, J. (1995). Atividade Física, Aptidão Física e Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. Londrina, 1 (1), 18-35.
- Guedes, D. y Guedes, J. (1997). Características dos programas de Educação Física escolar. *Revista paulista de E.F.* São Paulo, 11 (1), 49-62.
- Guedes, D. y Guedes, J. (2001). Nível de Prática de atividade física habitual em adolescentes. *Revista brasileira de medicina do esporte*. Rio de Janeiro, 6 (7), 18-35.
- Guedes, D. y Guedes, J. (2003). *Controle de peso corporal. Composição corporal, atividade física e nutrição*. Rio de Janeiro: Shape.
- Gudat, U., Berger, M. y Lefebvre, P. J (1994). Physical activity, fitness, and non-insulin-dependent diabetes mellitus. En: C. Bouchard, R. Shephard, y T. Stephens (eds). *Physical activity, fitness, and health* (pp.669-683). Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Haskell, W.L. (1994). Dose-response segues from a biological perspective. En: C. Bouchard, R. Shephard, y T. Stephens (eds). *Physical activity, fitness, and health* (pp. 1030-1039). Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Hemingway, H.; Shipley, M.; Stansfeld, S. y Marmot, M. (1997). Sickness absence for back pain, psychosocial work characteristics and employment grade among office workers. *Scan. J. Work Environ Health*, 23, 121-129.
- Hernán, M., Ramos, M. y Fernández, A. (2001). Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Rev. Esp. Salud Pública*, 75 (6), 491-504, noviembre-diciembre.
- Hernández Rodríguez, A. I. (2001). *Análisis de la demanda de la comunidad universitaria almeriense en actividades físico-deportivas. Estudio de adecuación de la oferta*. Tesis Doctoral. Universidad de Almería: Servicio de Publicaciones.
- Heyward, V. H. (1996). *Evaluación y prescripción del ejercicio*. Barcelona: Paidotribo.

- Hidalgo, I., Garrido, G. y Hernandez, M. (2000). Health status and risk Behaviour of adolescents in the north of Madrid, Spain. *Journal of Adolescent Health*, 27, 351-360.
- Hill, J. O.; Drougas, H. J y Peters, J.C. (1994). Physical activity, fitness, and moderate obesity. En: C. Bouchard, R. Shephard, y T. Stephens (eds). *Physical activity, fitness, and health* (pp. 684-695). Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Hoefler, W. R., Mckenzie, T. L., Sallis, J. F., Marshall, S. J. y Conway, T. L. (2001). Parental provision of transportation for adolescent physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 21, 48-51.
- Holmen, T. L., Barrett-Connor, E., Holmen, J. y Bjermer, L. (2000). Adolescent occasional smokers, a target group for smoking cessation? The Nord-Trondelag Health Study, Norway, 1995-1997. *Perv. Med.*, 31, 682-90.
- Horta, B. L., Calheiros, P., Pinheiro, R., Tomasi, E. y Costa do Amaral, K. (2001). Tabagismo em adolescente de área urbana na região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 35, 159-164.
- Howley. E. y Franks, B. (1995). *Manuel del técnico en salud y fitness*. Barcelona: Paidotriggo.
- Hu, F., Leitzmann, M., Stampfer, M., Graham, A., Colditz, M., Walter, C., Willett, M., Eric B. y Rimm, ScD. (2001). Physical activity and television watching in relation to risk for type 2 diabetes mellitus in men. *Arch. Intern. Med.*, 161 (12), 1542-1548.
- Huguet, O. (2004). Prensa escrita. En: Fernando Marquéz, Salvador Sáez y Rafael Guayta (eds.). *Métodos y Medios en Promoción y Educación para la salud* (pp.193-202). Barcelona: Editorial UOC.
- Ibáñez, J. (2000). Cómo se realiza una investigación mediante grupo de discusión. En: García Ferrando, Jesús Ibáñez y Francisco Alvira (comps.). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación* (pp.283-297). 3ªed. Madrid: Alianza editorial.
- Instituto Brasileño de Geografía y Estadística - IBGE. (1997). *Pesquisa Pesquisa de Orçamento Familiar* (1995-1996). Estraído en 31/10/2000. En Web: <http://www.ibge.net/estastica/populaçao/condiçãodevida/pot/tabsas.htm>
- Instituto Brasileño de Geografía y Estadística - IBGE. (1998). *Pesquisa Sobre o padrão de vida*. Estraído el agosto de 2003. En Web: <http://www.ibge.gov.br/impressao/noticia/ppv11.html>
- Instituto Brasileño de Geografía y Estadística - IBGE. (1999). *Pesquisa sobre padrões de vida 1996-1997*. Rio de Janeiro, IBGE.
- Instituto Brasileño de Geografía y Estadística - IBGE. (2000). Síntese dos Indicadores Sociais 2000.

- Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición de Brasil - INAN (1991). *Condições Nutricionais da População Brasileira: Adultos e Idosos*. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, Ministerio da Saúde.
- Informe. (2003). Informe sobre la actividad física en horas libres y en horas de trabajo en la población estadounidense. *Rev. Pan. Salud Pública*, 14 (4), 289-292.
- Ingran, D. K. (2000). Age-related decline in physical activity: generalization to nonhumans. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 32 (9), 1623-1629.
- Israel, B. y Schurman, S. (1990). Social support, control, and the stress process. In: Glanz, K., Lewis, F.; Rimar, B. (Eds). *Health Behaviour and health education: theory research, and practice* (pp.187-215). San Francisco (CA): Jossey-Bass Publishers.
- Isusi, F. F. (2002). Incorporación de la Actividad Física y el Deporte en la vida laboral. En: Latiesa, M., Martos, P. y Paniza, J. L. (comps.). *Deporte y Cambio Social en el Umbral del Siglo XXI* (pp.391-398). Madrid: Librerías Deportivas Esteban Sanz.
- Ivanovic, D.; Castro, C. e Ivanovic, R. (1997). Factores que inciden en el hábito de fumar de escolares de educación básica y media del Chile. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 1 (31), 30-43.
- Jackson, J. y Sampaio, C. (1994). Saúde mental. En: Rouguayrol, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. (4ª ed). Rio de Janeiro: MEDSI.
- Jayasingle, S. (2000). Alcohol consumption and risk of coronary heart disease. *Journal of American Medical Association*, 283 (6), 745-746.
- Jonhson, R. y Gerstein, D.R. (1998). Initiation of use alcohol, cigarette, marijuana, cocaine, and other substances in us birth cohort since 1919. *American Journal of Public Health*, 88, 27-33.
- Júnior, A. (1986). Aspectos Cognitivos da Avaliação em Educação Física. En: JÚNIOR, Alfredo Gomes (Cord.). *Fundamentos Pedagógicos - Educação Física*. Rio de Janeiro: Ed. Ao Livro técnico.
- Kaplan, G. A. y Lynch, J. W. (1999). Socioeconomic considerations in the primordial prevention of cardiovascular disease. *Preventive Medicine*, 29, 30-5.
- Katzmarzyk, P., Gladhill, N. y Shephard, R. (2000). The economic burden of physical inactivity in Canada. *Can. J. Med. Assoc.*, 163, 1435-1440.
- Kelder, S. H., Perry, C.L., Klepp, K.I. y Lytle, L.L (1994). Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviours. *American Journal Public Health*, 84 (7), 1121-1126.

- Kimm, S. Y., Glynn, N. W., Kriska, A. M., Fitzgerald, S. L., Aaron, D. J., Similo, S. L., McMahon, R. P. y Barton, B. A. (2000). Longitudinal changes in physical activity in a biracial cohort during adolescence. *Medicine Science in Sports & Exercise*, 32 (8):1445-1454.
- King, A. I., Wold, B., Tudor-Smith, C. y Haul, Y. (1996). *The health of youth. A Cross-national survey*. Copenhagen: Who Regional Office for Europe.
- Kohl, H.W. y Mackenzie, J. D. (1994). Physical activity, fitness, and stroke. En: C. Bouchard, R. Shephard, y T. Stephens (eds). *Physical activity, fitness, and health* (pp.609-621). Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Krause E. G. (1995). Ranchen unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten. Nichtraucher-Initiative Deutschland. Sonderruch aus: Nichtraucher-inf, 20 (4), 17-29.
- Kristjansdottir, G. y Vilhjalmsson, R. (2001). Sociodemographic differences in patterns of sedentary and physically active behaviour in older children and adolescents. *Acta Paediatr.*, 90 (4), 429-435.
- Krueger, K. (1991). *El grupo de discusión. Guía para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide
- Krueger, K. (1998a). *Developing Questions for groups*. Thousand Oaks: sage.
- Krueger, K. (1998b). *Moderating Focus Groups*. Thousand Oaks: Sage.
- Krueger, K. (1998c). *Analyzing & Reporting Focus Groups Results*. Thousand Oaks: Sage.
- Kuenzer, A. (1988). *Ensino de 2º Grau. O Trabalho como Princípio Educativo*. São Paulo: Ed. Cortez.
- Kuenzer, A. (1998). A Reforma do Ensino Técnico no Brasil e suas Consequências. In: *Ensaio*, Rio de Janeiro, 6 (20), 365-384, jul | set.
- Kulbok, P. y Cox, C.(2002) Dimensions of Adolescent Health Behaviour. *Journal of Adolescent Health*, 31, 394-400.
- Kumanyika, S. K. (2001). Minisymposium on obesity: over-view and some strategic considerations. *Annu Rev. Public Health*, 22, 293-308.
- Lamb, D. R. (1985). *Fisiología del ejercicio. Respuestas y adaptaciones*. Madrid: Gymnos.
- Landers, D. M. y Petruzzello, S. J. (1994). Physical activity, fitness, and anxiety. En: C. Bouchard, R. Shephard, y T. Stephens (eds). *Physical activity, fitness, and health* (pp. 868-882). Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Latiese, M. (1991). *El pluralismo metodológico en la investigación social: ensayos típicos*. Granada: Universidad de Granada.

- Lawlor, D. y Hopker, S. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *BMJ.*; 322 (7289), 763-7.
- Lee, I. M. (1994). Physical activity, fitness, and cancer. En: C. Bouchard, R. Shephard, y T. Stephens (eds). *Physical activity, fitness and health* (pp.814-831). Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Lee, C. y Blair, S. (2002). Cardio respiratory fitness and smoking-related and total cancer mortality in men. *Med. Sci. Sport Exercise*, 34 (5):735-9.
- Ley, nº 8.948 (1994). De Dezembro de 1994, Brasil.
- Ley, nº 9. 394. (1996). De 20 de Dezembro de 1996 (Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Secretaria de Educação e Cultura da Paraíba, Brasil).
- Ley, nº 9.649 (1998). De 27 de mayo de 1998, Brasil.
- Lima-Costa, M., Barreto, S., Uchoa, E., Firmo, J., Vidigal, P. y Guerra E. (2001). The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): prevalence of risk factors and use of preventive health care services. *Rev. Panam. Salud Pública*, 9 (4), 219-227.
- Lima, D. G., Pavan, A. L. y Michel, G. (1998). Estudo coparativo de implantação de ginástica de pausa em empresas alimenticias do sul do país. *Anais do XXIV Simposio Internacional de Ciencia do Esporte "Atividade Física: passaporte para Saúde"*. São Paulo, Brasil.
- Lima, M. (1985). *Da Escola de Aprendizizes Artífices da Paraíba à Escola Técnica Federal da Paraíba: Memória do Ensino Técnico*. João Pessoa, Paraíba, Brasil. Gráfica da ETFPB.
- Lima, O. y Lima, O. (1995). "Análise Crítica do Ensino de Educação Física por Modalidade Desportiva na Escola Técnica Federal da Paraíba. Monografia de Especialización. ETFPB, Brasil.
- Lima, V. (2003). *Ginástica Laboral: Atividade Física no ambiente de trabalho*. São Paulo: Phort.
- Lindaht, B., Stegmayr, B., Johansson, I., Weinehall, L. y Hallmans, G. (2003). Trends in Life 1986 - 99 in a 25 - to 64 - year-old population of the Northern Sweden MONICA project. (2003). *Scand. J. Public Health*, 31 (61), 31-37.
- Lopes, F. J., Barros, H., Machado, A. P., Vicente, P. (1996). Hábitos tabágicos numa população de adolescente escolarizada. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 14 (4), 49-64.
- López, A. y Moreno, J. (2000). Aprendizaje de hechos y conceptos en educación Física. Una propuesta metodológica. *Apunts: Educación Física y Deportes*, 69, 18-26.

- López, V. S. (2000). Educación para la salud en la Escuela. En: Antonio Frias Osuna (coord.). *Salud Pública y educación para la salud* (pp. 399-408). Barcelona: Masson.
- López Morajes, L. (2002). La necesidad de realizar ejercicio físico. Efectos del sedentarismo. En: L. M. López Morajes (Coordinación). *Actividad Física: para ejecutivos y profesionales* (pp.13-31). Madrid: Dossat.
- Lovisoló, H. (2000). *Atividade Física, educação e saúde*. Rio de Janeiro: Sprint.
- Luchtemberg, M. F. (1995). *Caracterização e perspectivas da educação física nas escolas estaduais de 2º grau na Grande Florianópolis*. Disertación de Master. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Luchtemberg, M. F. (2003). *Estilo de vida e comportamento de risco de estudantes trabalhadores do ensino medio de Santa Catarina*. Tesis Doctoral. Universidade de Santa Catarina, Brasil.
- Lynch, J. W., Kaplan, G. A. y Salonen, J. L. (1997). Why do Poor People Behave Poorly? Variation in Adult Health Behaviours and Psychosocial Characteristics by Stages of the Socioeconomic Life course. *Soc. Sci. Med.*, 44 (6), 809-819.
- Madureira, A. S. (1999). Atividade Física habitual de escolares brasileiros e portugueses. In: *Anais Simpósio Internacional de Ciências do Esporte, XXII, 1999* (pp. 84). São Paulo.
- Malaspina, G. (1992). Promoción de la Salud en el Lugar de trabajo. En: *Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Extraído en noviembre de 1999. En Web: <http://promosat.imsb.bcn.es>
- Malcon, M. C., Menezes, A. M., Maia, M. F., Chatkin, M. y Victora, C. (2003). Prevalence of and risk factors for cigarette smoking among adolescents in South America: a systematic literature review. *Rev. Panam. Salud Pública*, 4 (13), 222-228.
- Marcos Becerro, J. F. (1989). *Salud y deporte para todos*. Madrid: Eudema.
- Marcos Becerro, J. F. (1999). La actividad física y la salud ante el reto del siglo XXI. En: *Educación Física y Salud* (pp. 177-204). Actas del Segundo Congreso Internacional de Educación Física. Cádiz: FETE-UGR-Cádiz.
- Marcos, J. F. (1999). Antienvejecimiento y Actividad Física. En: Salinas, J. (coord). *I Jornadas Andaluzas sobre Actividad Física y Salud*. Granada: Editado en CD Rom.
- Márquez, J; Delgado, M. y López, J. (2003). Hábitos deportivos, de salud, alimenticios, y ocupación del tiempo libre en estudiantes de la universidad autónoma de chihuahua, México. En: *Deporte y calidad de vida* (pp. 229-233). Actas del II Congreso Internacional de Ciencia de la Actividad Física y Deporte. Granada, España.

- March, H. (1994). The important of being important: Theoretical models of relations between specific and global components of physical self-concept. *Journal of Sport and Exercise psychology*, 16, 306-325.
- March, J. C., Héran, M. y Bimbela, J. L. (1999). *Metodología de la educación para la salud. Las técnicas individuales, grupales y comunitarias. La educación para la salud y el marketing social*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Paper.
- Marti, B. (1998). Health effects of recreational running in women. Some epidemiological and preventive aspects. *Sport Medicine*, 11(1), 20-51.
- Martinez del Castillo, J. y PUIG, N. (1998). Espacio y tiempo en el deporte. In: García Ferrando, M.; Puig, N. y Lagardera, F.: *Sociología del deporte*. Alianza Editorial, Madrid.
- Martinez-Gonzalez, M. A, Varo, J. J., Santos, J. L., De Irala, J., Gibney, M., Kearney, J. y Martinez, J. A. (2001). Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 33, 1142-1146.
- Martins, I. S., Coelho, L. T., Casajus, M. I. y Okani, E. T. (1995). Smoking, consumption of alcohol and sedentary life style in population grouping and their relationships with Lipemic Disorders. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 29 (1), 38-45.
- Martins, M. (2000). *Ensino Técnico e Globalização: Cidadania ou Submissão*. Campinas: Autores Asociados.
- Masip, J. M. (1999). *Prevención de Riesgos Laborales: Estrategias, gestión y prevención de las adicciones en el mundo laboral*. Madrid: Síntesis.
- Matos. M. G. (1994). *Vida no trabalho e sofrimento mental do professor de Educação física na escola municipal: implicações no seu desempenho e na sua vida pessoal*. Tesis Doctoral. FEUSP, Brasil.
- Matsudo, S. y Matsudo, V. (2000). Physical activity and aging: a perspective in developing countries. In: S. Bailey (Ed.). The multidisciplinary series of physical education and sport science-physical activity and aging, Isssp / Cieps. *Perspectives*, 2, 65-82.
- Mazzeo, R. S.; Cavanagh, P. y Evans, W.J. (1998). Exercise and physical activity for older adults. *American College of Sport Medicine*. Position Stand, 992-1008.
- Mcbride, N. y Midford, R. (1999). Encouraging schools to promote health: impact of the Western Australian. School Health Project (1992-1995). *J. Sch. Health*, 69, 220-226.
- Mellerovicz, H. (1973). *Sport as a form of preventive medicine*, en sport in the modern world, (pp. 235-239). Berlin, Springer Verlag.
- Mello, R. y Bracht, V. (1992). Educação Física e Perspectiva. *Revista da Educação Física / UEM*. Maringá, 1 (3), 3-12.

- Mendoza, N. L. (2000). Planteamiento práctico, desde las clases de Educación Física, ante la problemática del alcohol. *Educación Física y Deportes. Revista Digital*, año 05, 21 (www.efdeportes.com).
- Mendoza, R. (1990). Concept of healthy lifestyles and their determinants. Invited paper presented at the 2nd European conference of Health Education, Warshaw. (pp.13) Citado en 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. Paper.
- Mendoza, R. (1995). *Situación actual y tendencias en los estilos de vida del alumnado*. Primeras Jornadas de la Red Europea de Escuelas Promotora de la salud en España. Granada. Paper
- Mendoza, R. (2000). Diferencia de género en los estilos de vida de los adolescentes españoles: implicaciones para la promoción de la salud y para el fomento de la actividad físico-deportiva. En: *Educación Física y Salud* (pp. 760-790). Actas del 2º Congreso Internacional de Educación Física de Cádiz: FETE-UGT.
- Mendoza, R.; Sagrera, M. R. y Batista, J. M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud* (1986-1990). Madrid: Consejo Superior de Investigación Científica.
- Michaux, R., Ferrières, J., Ruidavets, J., Cambou, J., Pous, J (1996). Statut socio-économique et facteurs de risque coronarien: Etude chez 2.610 hommes âgés de 50 à 60 ans. *Santé Publique*, 4 (8), 315-27.
- Miller, K., Sabo, D., Melnick, M., Farrell, M. y Barnes, G. (2000). *The women's sports foundation report: Health risk and the teen athlete*. East Meadow. NY: Women's Sport Foundation.
- Minkler, M. (1989). Health education, health promotion and open society. A historical perspective. *Health Education Quarterly*, 16 (1), 17-30.
- Ministério de Educação e Cultura - MEC. (1997). Secretaria de Educação Fundamental. PCNs-Tercero e Quarto ciclos do Ensino Fundamental - Educação Física. Brasília, Brasil.
- Ministerio de Educação e Cultura - MEC. (1999). Secretaria de Educação do Ensino Medio. PCNs do Ensino Médio - Área de Linguagem e Códigos. Brasília, Brasil.
- Ministério da Educação e do Desporto. (1998). Educação Profissional - Legislação Básica. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. Brasília, Brasil.

- Ministerio da Saúde, Brasil. (1988). Divisão Nacional de Doenças Crônico-degenerativas. Prometo Saúde: estudo sobre estilo de vida. São Paulo: levantamentos pesquisas e marketing, 122.
- Ministerio da Saúde, Brasil. (1997). Estudo multicêntrico sobre consumo alimentar. Cadernos de Debate, Campinas: Unicamp, Volume Especial.
- Ministerio da Saúde, Brasil (2001a). DATA SUS.
- Ministerio da Saúde, Brasil. (2001b). Anuario estatístico de saude.
- Ministerio da Saúde, Brasil. (2001c). Informe saúde Ano V, nº 137 (Unindo forças contra o cigarro).
- Ministerio da Saúde, Brasil. (2002). Informe saúde Ano VI, nº 194, dezembro / 02. Extraído en octubre de 2004. En Web: (www.saude.gov.br).
- Ministerio da Saúde, Brasil. (2003). A Política do MS para atenção integral a usuário de alcohol e outras drogas – 03 / 03.
- MMWR. (1995). *Health-Related Quality-of-Life Measures United States, 1993*. Atlanta: Center for Diseases Control and Prevention, 44 (11), 195-200.
- MMWR. (2000). *Youth risk behaviour surveillance - United States, 1999*. Atlanta: Center for Diseases Control and Prevention. 49 (5), 1-98.
- Moncada, S. (1998). Salud Laboral. En: Martinez Navarro F, Antonio JM, Castellano PL, Gili M, Marset P., Navarro, V., (eds). *Salud pública* (pp.767-789). Madrid: McGraw-Hill / Interamericana.
- Moncada, S. y Artazcoz, L. (2000). Factores psicosociales. En: Fernando G. Benavides, Carlos Ruiz y Ana. M García (Coord.). *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp.389-400). Barcelona: Masson.
- Mondini, L. y Monteiro, C.A. (1994). Mudanças no padrão da população urbana brasileira (1962-1988). *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 28 (6), 433-439.
- Montero. A., Gómez, C., López, J., Linares, E., Pínel, M. y Maldonado, J. (2001). Estudio comparativo sobre el consumo de tabaco entre médicos y estudiantes de medicina. Madrid. *Prev. Tab.*; 3 (4), 224-231.
- Monteiro, H. L.; Romero, R. R.; Padovani, C. R. (1999). Geração do futuro: classe social, níveis de atividade física desempenho motor e hábitos de morbidade de escolares de segundo grau do município de Bauru, SP. In: *Anais Congresso Brasileiro de Ciência do Esporte*, XI, São Paulo, Caderno 3, 1 (21).

- Monteiro, P.; Victora, C.; Barros, F. y Tomasi, E. (2000). Diagnóstico de sobrepeso em adolescente: estudo do desempenho de diferentes criterios para índice de massa corporal. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 5 (35), 506-513.
- Monteiro P. O.; Wolney, L.; Matsudo, S.; Matsudo, V.; Bonseñor, I. Y Lotufo, P. (2003). A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996 - 1997. *Rev. Panam. Salud Publica*, São Paulo, 14 (4), 246-254.
- Moore, S. (1994). Physical activity, fitness and atherosclerosis. En: C. Bouchard, R. Shephard, y T. Stephens (eds). *Physical activity, fitness and health*. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 570-578.
- Mora-Rios, J. y Natera, G. (2001). Alcohol use expectancy, intake, and related problems among college students in Mexico City? *Salud Pública de México*, 43 (2), 89-96
- Moreira, A. (1994). Escola, Currículo e a Construção do Conhecimento. En: Coletânea de Autores (Soares, Kramer, Ludeker e outros). *Escola Básica - Coletânea CBE* (pp.76-88). 2ª ed. Campinas: Papirus.
- Morgan, D. L. (1988). *Focus groups as qualitative research*. London: Sage.
- Morris, J. N. (1994). Exercise in the prevention of coronary heart disease: Today's best buy in public health. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 26 (7), 807-814.
- Mota, J. y Silva, G. (1999). Adolescent's physical activity: association with socio-economic status and parental participation among a Portuguese sample. *Sport, Education and Society*, 4 (2), 193-199.
- Mota, J. (2000). A Escola e a Promoção da Saúde. *Revista da Faculdade de Educação Física da UA. Amazonas*, 1 / 2 (1), 71-74.
- Mota, J. y Sallis, J. F. (2002). *Actividade Física e Saúde: factores de influencia da actividade física nas crianças e nos adolescentes*. Porto: Campos de Letra.
- Mota, J. y Esculcas, C. (2002). Leisure-time physical activity behaviour: structured and unstructured choices according to sex, age, and level of physical activity. *International Journal of Behavioural Medicine*, 9 (2), 111-121.
- Motl, R. W, Dishman, R. K, Felton, G. y Pate, R. (2003). Self-motivation and physical activity among black and white adolescent girls. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35 (1), 128-136.
- Mullineaux, D., Barnes, C. y Barnes, E. (2000). Factors affecting the likelihood to engage in adequate physical activity to promote health. *Journal of Sport Sciences*, 19, 279-288.
- Murray, C. J. y Lopez, A. D. (1997). Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349, 1498-1504.

- 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*; sept-oct., 4-11.
- Muza, G. M.; Bettiol, H.; Muccillo, G. y Barbieri, M. A. (1997). Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I - Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 1 (31), 163-170.
- Nahas, M. y Corbin, C. (1992a). Educação para a Aptidão e Saúde: Justificativa e sugestões para Implementação nos Programas de Educação Física. *Revista brasileira de Ciência do movimento*, Brasilia, 3 (6), 47-58.
- Nahas, M. y Corbin, C. (1992b). Aptidão Física e Saúde nos Programas de Educação Física: Desenvolvimentos Recentes e Tendências Internacionais. *Revista brasileira de Ciência do movimento - RBCM*. Brasilia, 2 (6), 14-24.
- Nahas, M. (2001). *Atividade Física, Saúde e Qualidade de vida. Conceitos e sugestões para un estilo de vida ativo*. Midiograf: Londrina.
- Naidoo, J. (1991). Limits to individualism. En: Colquhoun, D. (ed). *Curriculum issues in health education* (pp. 1-26). Victoria: Deakin University.
- Nájera, M. (1996). Promoción de la Salud. Enfoques Internacionales. En: Mazarrasa, L. y Cols. (eds). *Salud Pública y Enfermería Comunitaria* (pp. 299-314). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.
- Navarro, M. (1998). *La condición física en la población adulta d la Isla de Gran Canaria y su relación con determinadas actitudes y hábitos de vida*. Tesis Doctoral. Universidad de las Palmas de Gran Canaria, España.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2000). Improving child and adolescent health through physical activity and nutrition-PAN Program.
- Nerín, A. y Crucelaegui, D. (2003). Programas de prevención del tabaquismo en el entorno laboral. En: M. Barrueco Ferrero, M. A. Hernández y M. Torrecilla (eds). *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo* (pp. 289-310). Madrid: Ergon.
- Neira, M. y Matos, M. (2000). *Educação Física na adolescencia. O conhecimento mna escola*. São Paulo: Phorte.
- Nieman, D. (1999). *Exercício e Saúde*. São Paulo: Ed. Manole.
- North, F., Syme, L., Feeney, A., Shipley, M. y Marmot, M. (1996). Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall II study. *AJPH*, 86 (3), 332 - 340.

- Novaes, J. A. (2002). *Estilo de vida relacionado á saúde e hábitos comportamentais em escolares do ensino médio do município de Blumenau, Santa Catarina: a influencia da escola*. Disertación de Master. Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Nuviala, A. (2002). *Las escuelas deportivas en el entorno rural del servicio comarcal de deportes "corredor del Ebro" y del municipio Fuente del Ebro*. Tesis Doctoral. Universidad de Almería.
- Observatorio Español sobre Drogas. (2001). *Informe nº 4*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- O'Dell, I. (1997). Delivering Leisure Programs to Adults. *JOPERD*, 68 (6), 45-49.
- Oliveira, E. S. A. (2001). *Revisão de estudos sobre os níveis de atividade física na população brasileira no período de 1988 a 2000*. Monografía (Especialización) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Oliveira, H. (2001). *Perfil do estilo de vida dos professores da área de saúde da Universidade Católica de Brasilia*. Disertación de Master. Universidade Católica de Brasilia, Brasil.
- Oliveira, V. (1985). *Educação Física Humanista*. Rio de Janeiro: Ed. Ao Livro Técnico.
- Organización Mundial de la Salud. (1987). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Rev. Sanid. Hig. Pública*, 61, 129-133.
- Organización Mundial de la Salud. (1988). *Internacional Conference on Health Promotion. Healthy Public Policy: Strategies for action*. Adelaida: Commonwealth Department of community services Health Australia.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo 2003*. Extraído el agosto de 2004. En Web: <http://www.oms.org>
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *La salud en las América*. Vol. II.
- Ortega, R. (1992). *Medicina del ejercicio físico y del deporte para la atención a la salud*. Madrid: Díaz De Santos.
- Oyama, E. (1995). Educação Física, Motricidade Humana e suas Dimensões Sócio - Culturais. En: *Revista paulista de Educação Física*, São Paulo, 1 (9), 69-74.
- Paffenbarger, R.; Hyde, R.T. y Wing, A. L. (1990). Physical activity and physical fitness as determinants of health and longevity. In: C. Bouchard, R.; J. Shepherd; T. Stephens (eds.). *Exercise, Fitness and Health*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.

- Paffenbarger, R. S. (1993). The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristic with mortality among men. *New England of Journal Medicine*, 328, 538-545.
- Paffenbarger, R., Hyde, R. T., Wing, A. L., Lee, I-M. y Kampert, J. B. (1994). Some interrelations of physical activity, physiological fitness, health and longevity. In: C. Bouchard, R., J. Shepherd, T. Stephens (eds.). *Physical Activity, Fitness and Health. International proceedings and consensus statement*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Paffenbarger, R. y Lee, I. (1996). Physical Activity and fitness for health and longevity. *Research Quarterly for exercise and Sport*, 67 (3), 11-28.
- Page, R., Hummermeister, J., Scanlan, A., Gilbert, L. (1998). Is school sports participation a protective factor against adolescent health risk behaviours? *J. Health Edc.*, 29 (3), 186-192.
- Palma, A. (2000). Actividade Física, processo saúde-doença e condições socio-economica: Uma revisão de literatura. *Rev. Paul. Educ. Fis.*, São Paulo. 14 (1), 97-106. jan. / jun.
- Paniagua, H., Garcia, S., Castellano, g., Sarrallé, R. y Redondo, C. (2001). Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *An. Esp. Pediatr.*, 55, 121-128.
- Parecer CNE / CEB n.º 17. (1997). Interessado ao Conselho Nacional de Educação, Brasil - Câmara de Educação Básica, Assunto (Diretrizes operacionais para a Educação Profissional em Níveis Nacional. Aprovado 3 / 12 / 97).
- Parecer CNE n.º 776. (1997). Interessado ao Conselho Nacional de Educação, Brasil.
- Parecer CNE / CEB N° 16. (1999). Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para la Educación Profesional (EP) de Nivel Técnico, Brasil.
- Parecer CNE / CEB N° 33. (2000). Implantación de las DCN (establece el nueva fecha final para el periodo de transición para la EP de nivel Técnico).
- Pascual, C. (1998). Salud Corporal: La orientación curricular sociocrítica y reflexiones en torno a algunos aspectos ideológicos relacionados con la actividad física y la salud. En: F. Ruiz y Rodríguez García, P. L (coord.). *Educación Física, Deporte y Salud* (pp. 221-231). Murcia: Universidad de Murcia.
- Pastor, Y. (1985). *Estilos de vida y salud. Una revisión*. Tesis de licenciatura. Universitat de Valencia.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita (1998). Una revisión sobre las variables de los estilos de vida saludables. *Rev. de Psicología de la salud*, 10 (1), 15-52.

- Pate, R. R. y Cobin, C. B. (1981). Health related physical fitness: implications for curriculum. *J.O.P.E.R.*, 52, 36- 8.
- Pate, R. (1983). A new definition of youth fitness. *The Physician and Sports Medicine*, 11, 7-83.
- Pate, R. (1988). The evolving definition of physical fitness. *Quest*, 40, 178.
- Pate, R., Blair, S. N., Durstine, J. L., Eddy, D. O., Hanson, P., Painter, P., Smith, L. K. y Wolfe, L. A. (1991). *Guidelines for exercise testing and prescription (American College of Sport Medicine)*. Cuarta Edición. Lea and Febiger. Philadelphia.
- Pate, R., Pratt, M., Blair, S., Haskell, W., Macera, C., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W.; Heath, G. W., King, A. C., Krista, A., Leon, A. S., Marcus, B. H., Morris, J., Paffenbarger, R., Hyde, R. T, Wing, A. L; Lee, I-M. y Kampert, J. B. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the center for disease control and prevention and the American Collage of Sport Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273 (5), 402 - 407.
- Paffenbarger, R., Hyde, R.T., Wing, A.L., Lee, I-M., Kampert, J. B. (1994). Some interrelations of physical activity, physiological fitness, health and longevity. In: C. Bouchard, R.; J. Shepherd; T. Stephens (eds.). *Physical Activity, Fitness and Health. International proceedings and consensus statement*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Peiró, R. y Colomer, C. (2001). Investigación en promoción de la salud. En: C. Colomer, y Carlos Álvarez (coord.). *Promoción de la salud y Cambio Social* (pp. 47-58). Barcelona:Masson.
- Pereira, F. (1984). Educação Física: uma prática permanente. *Rev. Bras. de Educ. Fis. e Dep.* São Paulo, 53, 18-22.
- Pereira, F. (1998). Conhecimento de Educação Física e cultura gímnico-deportiva extra-escolar de estudantes de 2º grau no RS: sobre duas pesquisas de 1984 e de 1998. *Anais XXI Simposio Internacional de Ciência do Esporte-CELAFISCS* (pp. 8). São Paulo.
- Pereira, F. (2000). Nivel Medio de Ensino, Educação Física e Conhecimento. *Rev. Paul. Educ. Fis.* São Paulo, 14 (1), 45-67, jan. / jun.
- Pereira, Mª. (1995). *O Ensino Profissionalizante de 2º Grau: A Elitização da Escola Técnico Federal da Paraíba*. Disertación de Master. Universidad Federal da Paraíba, Brasil.
- Pérez, I. J. y Delgado, M. (2004). *La salud en secundaria desde la Educación Física*. Barcelona: Inde.

- Pérez Samaniego, V. M. (1999). *El cambio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud: una investigación con estudiantes de magisterio especialistas en Educación Física*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Pérez Serrano, G. (1998). *Investigación cualitativa: retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla.
- Petlenko, V. P. y Davidenko, D. N. (1998). *Esbozo de valeología: Salud como valor humano*. San Petersburgo. Ciencias de la educación del Báltico.
- Pieron, M., Telema, R., Almond, L., Ledent, M. y Carreiro, Da Costa (2001). Involvement of children in sports and physical activities. Comparative analysis of youth lifestyle in selected European Countries. In: Keth Nyit y Hank Jwo (Eds). AIESEP Taiwan 2001 International Conference Proceedings. *The Exchange and Development of Sport Culture in East and West* (pp 84-88). Taipei: National Taiwan Normal University.
- Pieron, M. (2002). *Estudi sobre els hàbits esportius dels escolars d Andorra*. Govern d `Andorra, Ministeri d'Educació Joventut i Esports.
- Pieron, M. (2003). Estilo de vida, práctica de actividades físicas y deportivas, calidad de vida. *En: Deporte y calidad de vida* (pp. 328-342). Ponencias del II Congreso Internacional de Ciencia de la Actividad Física y Deporte. Granada, España.
- Piko, B. (2000). Health-related predictors of self-perceived health in a student population: the important of physical activity. *Journal of Community Health*, New York, 2 (25), 125-138.
- Pinheiro, C. y Dos Anjos, L. (2004). Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso / obesidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20 (3), 698-709, mai. / jun.
- Pinho, R. (1999). *Nivel habitual de atividade física e hábitos alimentares de adolescentes durante período de férias escolares*. Disertación de Master. UFSC, Brasil.
- Pires, E. (2001). *Hábitos de atividade física, padrões de comportamento e estresse em adolescente de Florionópolis*. Disertación de Master. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Pitanga, F. (1998). *Associação entre nível de prática de atividade física e variáveis de aptidão física relacionada a saúde*. Disertación de Master. Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.
- Platonov, V. N. (1991). *La adaptación en el deporte*. Barcelona: Paidotribo.
- Pons, J. D. y Borjano, E. P. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Ministerio del Interior (Plan Nacional sobre Drogas).

- Ponzuelo, F. y Travé, G. (1999). *Alimentación y consumo en la educación obligatoria. Una propuesta desde la didáctica globalizada*. En: Curso de metodología de información, educación y comunicación en promoción de la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada (Paper).
- Portmerieau, J., Mckee, M., Robertson, A., Vaase, S., Kadziauskiene, K., Abaravicius, A., Bartkeviciute, R., Pudule, I. y Grinberga, D. (2000). Physical Inactivity in the Baltic Countries. *Preventive Medicine*, 31, 665-672.
- Portaría N.º 646. (1997). De 14 de Mayo de 1997, Brasil.
- Portaría MEC N.º 1005. (1997). De 10 de septiembre de 1997, Brasil.
- Portaría Interministerial MEC / Mtb N.º 1.018. (1997). De 11 de septiembre de 1997, Brasil.
- Portaría MEC N.º 2.267. (1997). De 19 de diciembre de 1997, Brasil.
- Portaría MEC N.º 1.647. (1999). De 25 de noviembre de 1999, Brasil.
- Portaría MEC N.º 064 (2001). De 12 de enero de 2001, Brasil
- Portaría Interministerial 766 / GM. (2001). De 17 de mayo de 2001.
- Portella, E.; Ridão, M.; Carrillo, E.; Ribas, E.; Ribó, C. y Salvat, M. (1998). *El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico*. Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- Powell, K. E y Paffenbarger, R. S. (1985). Workshop on epidemiologic and the incidence of coronary disease: a summary. *Public heath Reports*, 100, 118-126.
- Prentice, A. M. y Jebb, S. A. (1995). ¿Obesidad en Bretaña: glotonería o pereza? *Periódico Médico británico*, 311, 437-139.
- Prieto, L. (1997): Más allá de los métodos cuantitativos y cualitativos: el método científico. *Revisiones en Salud Pública*, 5, 195-199.
- Puigvert, J. (2004). Educación para la salud y medios audiovisuales. En: Fernando Marquéz, Salvador Sáez y Rafael Guayta (eds.). *Métodos y Medios en Promoción y Educación para la salud* (pp.229-249). Barcelona: Editorial UOC.
- Raaijmakers, T. y Van Den Borne, I. (2003). Relación coste-beneficio de las políticas sobre consumo de tabaco en el lugar de trabajo. *Rev. Esp. Salud Publica*, 77, 97-116.
- Rainey, C., Mckeown, R., Sargent, R., Valois, R. (1996). Patterns of tobacco and alcohol use among sedentary, exercising, non athletic and athletic youth. *J. School Health*, 66 (1), 27-32.
- Raitakari, O., Leino, M., Ráikkonen, K., Porkka, K., Taimela, S., Räsänen, L. y Viikari, J. (1995). Clustering of risk habits in young adults. *Am. J. Epidem.*, 142, 36-44.
- Ramos, S. y Bertolote, J. (1997). *Alcoolismo hoje*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Ramos, V. (1999). *Estilo de vida e estratégias de mudança de comportamento para atividade física em mulheres de diferentes etnias em Santa Catarina*. Disertación de Master. Universidade de Santa Catarina, Brasil.
- Rauramaa, R., Tuomainen, P., Vaisanen, S. y Rankinen, T. (1995). Physical activity and health-related fitness in middle-aged men. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 27 (5), 707-712.
- Rebollo, S., Martínez, M. y Oña, A. (2003). Hábitos Deportivos en los municipios rurales. *Conexões - Revista Internacional da Faculdade de Educação Física - UNICAMP. Brasil*, 1, 13-28.
- Resende, H. y Soares, A. (1996). Conhecimento e Especificidade da Educação Física Escolar, na Perspectiva da Cultura Corporal. In: *Revista paulista de Educação Física*. São Paulo, 2, 49-59.
- Resolución CNE / CEB N.º 02. (1997). De 26 de junio de 1997, Brasil.
- Resolución CNE / CEB N.º 04. (1999). Directrices Curriculares Nacionales (DCN) para la EP de nivel Técnico.
- Roales, J. G. (2004). Comportamiento y salud y comportamiento con riesgo. En: *Jesús Gil Roales (Director). Psicología de la salud* (pp. 119-144). Madrid: Pirámide.
- Rodríguez García, P. L. (1998). *Educación Física y salud del escolar: Programa para la mejora de la extensibilidad isquiosural y del raquis en el plano sagital*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Rodríguez, J. O. (2000). La muestra: teoría y aplicación. García Ferrando; Ibáñez, J. y Alvira, F. (Coord.). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación* (pp. 445-482). (3ªed). Madrid: Alianza editorial.
- Rodríguez, O., De Abajo, S. y Márquez, S. (2003). Actividad Física y deportiva del alumnado de educación secundaria obligatoria: el municipio de Avilés. *En: Deporte y calidad de vida* (pp. 359-365). Actas del II Congreso Internacional de Ciencia de la Actividad Física y Deporte. Granada, España.
- Roger, C. (1975). *The significant of self-regarding attitudes and perceptions. The Moose heart Symposium*. New York: Mc Graw-Hill.
- Rojas, A. J., Fernández, J. y Pérez, C. (1998). *Investigar mediante encuesta: fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Madrid: Editorial síntesis.
- Romanelli, O. (1978). *História da Educação Nacional*. 9ª ed. Petrópolis: Vozes.

- Ross, J.G., Dotson, C. O., Gilbert, G. C y Kratz, S. J. (1985). After physical activity outside of school physical activity education programs. *Journal of Physical Education Recreation and dance*, 56 (1), 77-81.
- Ruiz Olabuénaga, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruiz Salazar, A. (1987). *Salud ocupacional y productividad*. Limusa, México.
- Ruiz Juan, F. (2001). *Análisis diferencial de los comportamientos, motivaciones y demanda de actividades físico-deportiva del alumnado almeriense de enseñanza secundaria post obligatoria y de la Universidad de Almería*. Almería: Universidad de Almería. Servicio de publicaciones.
- Sachs, M. L. y Pargman, D. (1984). Running addiction. En. M. L. Sachs y Buffone, G.W. (eds.). *Running as a therapy* (pp. 231-153). An integrated approach. Lincoln: Nebraska University Press.
- Sáez Buanaventura, C. (1990). Los roles sociales y laborales y la salud de las mujeres. *Ponencia a las jornadas sobre mujer y condiciones de trabajo*, Madrid, 8 y 9 de Marzo de 1990 (sin publicar).
- Saiz, I., Rubio, J., Espiga, I., Alonso, B., Blanco, J., Cortés, M., Cabrera, J., Pont, P., Saavedra, J. y Toledo, J. (2003). Característica demográficas, hábitos de vida e historia del consumo de tabaco del los fumadores ocasionales en España. *Rev. Esp. Salud Pública*, 77, 441-473.
- Sallis, J. F. (2000). Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 32 (9), 1598-1600.
- 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., Zakarian, J. M., Hovel I, M. F. y Hofstetter, R. (1996). Ethnic, socioeconomic, and sex differences in physical activity among adolescents. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49 (2), 125-134.
- Sallis, J., Johnson, M., Calfas, K., Caparosa, S. y Nicholas, J (1997). Assessing perceived physical environmental variable that may influence physical activity. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 68 (4), 345-351.
- Sallis, J. F. y Owen, N. (1999). *Physical Activity & Behavioural Medicine*. London: Sage Publications, Inc.

- Sallis, J. F., Alcaraz, J. E., McKenzie, T. L. y Hovell, M. F. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32 (5), 963-975.
- Salis, J. (1996). Autoestima, autoconcepto y salud mental. *Rev. Psicología y Salud*, Méjico, 7, 155-164.
- Salmuski, D. M. y Noce, F. (2000) A Importância da atividade física para a saúde e qualidade de vida: um estudo entre professores, alunos e funcionários da UFMG. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, Londrina*, 5 (1), 5-21.
- Salvador-Carulla, L., Cano Sánchez, A y Cabo-Soler, J. (2004). *Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*. Madrid: Ed. Panamericana.
- Salve, M. (1999). *Efeitos da atividade física sobre o sistema locomotor e nos hábitos de vida*. Tesis Doctoral. Universidade de Campinas (Unicamp), Brasil.
- Sánchez, F. B. (1986). *La Actividad Física Orientada Hacia la Salud*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Sáenz-López, P. y Franco, M^a. (2001). Hábitos de salud de los estudiantes Universitarios. En: Jesús Tejada, Alberto Nuviala, Manuel Díaz (Eds). *Actividad Física y Salud* (pp. 135-148). Servicio de publicaciones de la Universidad de Huelva, Huelva.
- Sanmartin, M, G. (2000). Actividad Física, estilo de vida y calidad de vida. *Revista de Educación Física*, 77, 5-14.
- Santin, S. (1993). *Educação Física: Outros Caminhos*. 2^a ed, Porto Alegre, Est / ESEF - UFRGS.
- Santos, M. C. (1996). *Aptidão física e actividade física habitual. Estudo transversal em jovens dos dois sexos da Região Autónoma dos Açores*. Disertación de Master. FCDEF-UP. Porto, Portugal.
- Sarkin, J. A., Makenzie, T .L. y Sallis, J. F. (1997). Gender differences in physical activity during fifth-grade physical education e recess periods. *Journal of Teaching in Physical Education*, 17, 99-106.
- Saviani, N. (1994). *Saber Escolar - Currículo - Didática e Problemas da Unidade Conteúdo / Método no processo Pedagógico*. Campinas: Ed. Autores Asociados.
- Schoenborn, C. A. y Barnes, P. M. (2002). Leisure-time physical activity among adults: United States, 1997-1998. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics; (Advanced Data from Vital and Health Statistics, no. 325).

- Scivoletto, S.; Tsuji, R. K.; Abdo, C. H.; Queiróz, S.; Andrade, A. G. y Gattaz, W. F. (1999). Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2º grau de São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, 2 (21), 87-94, abr. / jun.
- Seclén-Palacín J. A. y Jacoby, E. (2003). Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú. *Rev. Panam. Salud Publica*, 14 (4), 2-14.
- Seefeldt, V.; Malina, R. y Clark, M. (2002). Factors affecting levels of physical activity in adults. *Sports Med.*, 32 (3), 143-168.
- Serra, J. R. (coord.). (1996). *Prescripción de ejercicio físico para la salud*. Barcelona: Paidotribo.
- Serrano, C. (1989). ¿Qué entendemos por salud laboral? Intervención en *III Jornadas de salud laboral y medio ambiente de trabajo* (pp. 21-34). Madrid, 19, 20 y 21 de abril de 1989.
- Serrano Gonzalo. M. (1997). *La EPS del siglo XX: comunicación y salud*. Madrid: Díaz Santos.
- Shapo, L., Pomerleau y Mckee, M. (2004). Physical Inactivity in a country in transition: a population - based survey in Tirana City, Albania. *Scand. J. Health*, 32, 60-67.
- Sharkey, B. (1998). *Condicionamento Físico e Saúde*. 4ª ed, Porto Alegre: Artmed.
- Shina, P. D. (1993). *Developing positive health lifestyle an schoolchildren. Project Lifestyle*. Kingston. Regional office of the Wold health organization.
- Shephard, R. J. (1990). Costs and benefits of an exercising versus a no exercising society. En: Bouchard, C., Shephard, R.J., Stephens, t., Sutton, J.R., McPherson, B.D.1990 (eds). *Exercise, fitness and health. A consensus of current Knowledge*. (pp. 49-60). Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Sicilia, A., Aguila, C, Casimiro, A, Año, V. y Rojas, A. (2003). Hábitos deportivos de los almerienses. *En: Deporte y calidad de vida* (pp. 238-243). Actas del II Congreso Internacional de Ciencia de la Actividad Física y Deporte. Granada, España.
- Sierra Bravo, R. (2001). *Técnicas de Investigación Social*. 14ª ed. Madrid: Paraninfo.
- Silva, J. L. (1996). A importancia do exercício físico na prevenção das enfermidades crônico-degenerativo do sistema cardiovascular. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Londrina*, 1 (4), 69-81.
- Silva, R. y Malina, R. (2000). Distribuição central da gordura corporal e nível de atividade física em adolescentes de Niterói, Rio de Janeiro. *Anais do Simpósio Internacional de Ciência do Esporte, XXII* (pp. 73). São Paulo, Brasil.

- Simão, C. (2002). *Estilo de vida e indicadores de saúde de estudantes universitários da UNIPLAC*. Disertación de Master. UFSC, Brasil.
- Simões, D. (2004). El deporte y el turismo de litoral entre los cambios sociales. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Simons-Monton, B. G., Ohara, N. M., Simons-Monton, D. G. y Parcel, G. S. (1997). Children and fitness: a public health perspectives. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 4 (58), 195-302.
- Soares, C. (1990). Fundamentos da Educação Física Escolar. En: *Revista brasileira de Estudos Pedagógicos*. Brasília, 167 (71), 51-67.
- Soares, C. (1996). Educação Física Escolar: Conhecimento e Especificidade. In: *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, 2, 6-12.
- Stahl, T., Rutten, S. T., Nutbeam, D., Bauman, A., Kannas, L., Abel, T., Lushen, G., Rodriguez, D. J., Vinck, J. y Van Der Zee, J (2001). The importance of the social environment for physically active lifestyle - results from an international study. *Soc. Science Med.*, 52 (1), 1-10.
- Stansfeld, S.; Feeney, A.; Head, J., Canner, R., North, F. y Marmot, M (1995). Sickness absence for psychiatric illness: the Whitehall II study. *Soc. Sci. Med.*, 40 (2), 189-197.
- Stefanelo, L. L. (1998). *Motivos para a prática de atividade física*. Disertación de Master., Universidad de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Stephens, T., Jacobs, D. y White, C. (1985). A descriptive epidemiology of leisure-time activity. *Public Health Reports*, 100, 147-158.
- Stephens, T. (1988). Physical activity and mental health in the United States and Canada: Evidence from four population surveys. *Preventive Medicine*, 17, 35-47.
- Stratton, G. (1996). Children's heart rates during birth physical education lessons. *Journal of Teaching in Physical Education*, 16, 357-367.
- Szmolka, I. (2002): Los andaluces y el deporte. En: Moyano Estrada, e. y Pérez Yruela, M. (coords): *La sociedad andaluza*. Instituto de Estudios Sociales de Andalucía, Córdoba.
- Taffarel, C., Escobar, M. y Soares, C. (1992). A Educação Física Na Perspectiva do século XXI. In: Moreira, W. *Educação Física e esportes perspectivas para o século XXI*. Campinas: Papyrus.
- Tanasescu, M., Leitzmann, M., Rimm, E. y Hu, F. (2003). Physical activity in relation to cardiovascular disease and total mortality among men with type 2 diabetes. *Circulation*, 107, 2435-9.

- Tappe, M., Duda, J. y Ehrnwald, P. (1989). Perceived barriers to exercise among adolescent. *Journal of School Health*, 59 (4), 153-155.
- Tavares, B. F., Umberto, J. y Silva, M. (2001). Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 2 (35), 150-158, abr.
- Telama, R. y Yang, X. (2000). Decline of physical activity from youth adulthood in Finland. *Med. Sci. Sport Exerc.*, 32, 1617-1622.
- Templeton, J. F. (1987). *Focus group: a guide for marketing and advertising professionals*. Chicago: Probus Publishing Company.
- Tercedor, P. (1998). *Estudio sobre la relación entre actividad física habitual y condición física-salud en una población escolar de diez años de edad*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Tercedor, P. (2001). *Actividad Física, Condición Física y Salud*. Sevilla: Wanceulen Editora Deportiva.
- Tercedor, P. (2003). Physical Activity in Adolescence as a Health Biomarker in Adulthood. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 47, 351-352.
- Tercedor, P., Delgado, M., Pérez, I., Chillón, P., González-Gross, M., Montero, A., Moreno, LA, De Rufino-Rivas, P., Torralba, C. (2003). Physical activity level in Spanish adolescents. The Avena Study. *En: Deporte y calidad de vida* (pp. 399-404). Actas del II Congreso Internacional de Ciencia de la Actividad Física y Deporte. Granada, España.
- Tershakovec, A.M.; Kuppler, K.M.; Zemel, B.; Stallings, V.A. (2002). Age, sex, ethnicity, body composition, and resting energy expenditure of obese African American and white children and adolescents. *American Journal of clinical Nutrition*, 75(5):867-71, May.
- The European Heart Network. (1998). *Expert Group on Psychosocial and occupation factors. Social factors, stress and cardiovascular disease prevention in the European Union*. Brussels: European Heart Network.
- Thune, I. y Furberg, A. (2001). Physical activity and cancer risk: dose-response and cancer, all sites and site-specific. *Med. Sci. Sport Exerc.*, 33, 530-50.
- Topolski, T. D., Patrick, D. L., Edwards, T. C., Huebner, C E., Connel, F. A. y Mount, K. K. (2001). Quality of life and health-risk behaviour among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 29, 426-435.
- Torres, G. y Castarlenas, J. (2004). Deporte, estilo de vida y población: consideraciones a través del judo. *Apunts*, 75, 32-38.
- Torres, J. (1998). Indicadores de salud en los centros escolares. *Revista de Educación*. Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Granada; 11, 227-242.

- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Madrid: Ariel.
- Thun, M., Peto, R., Lopez, A., Monaco, J., Henley, S., Heath, C. y Richard, D. (1997). Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. Adults. *N. Engl. J. Medicine*, 337, 1705-1714.
- Trudeau, F., Laurencelle, L., Tremblay, J., Rajie, M. y Shephard, R. (1999). Daily primary school physical education: effects on physical activity during adult life. *Med. Sci. Sport Exerc.*, 31 (1), 111-117.
- Unesco. (2003). Violência na escola. In: *Abramovay, Miriam y col.* Brasília: UNESCO, Coordenação DST / AIDS do Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça (pp. 400).
- United States Department of Health and Human Services. (1996). *Surgeon General's Report on physical Activity and Health*. Washington, DC: Author.
- Urosa Sanz, B. (2002). Métodos Cuantitativos de Investigación en Educación para La Salud. En: Serrano Gonzáles, M^a (org). *La Educación para la Salud del Siglo XXI* (pp.33-66). Madrid: Díaz de Santos, S.A.
- Valderrama, J. C. y Vicente, M. P. (2000). *Unidad de Conductas Adictivas. Área 16 y 18 (alcohol y medio laboral)*. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Alicante.
- Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Valmadrid, C. T. (2000). Alcohol consumption and risk of coronary hearty disease. *Journal of American Medical Association*, 283 (6), 746-748.
- Van Dalen, D. y Meuer, W. (1981). *Manual de técnicas de la investigación social*. Barcelona: Paidós.
- Van Den Borne, I., Raaijmakers, T., Fleitman, S. y Prins, T. (2003). Entornos laborales libres de humo de tabaco; mejora de la salud bienestar de las personas en el trabajo. *Rev. Esp. Salud Pública*, 77, 3-6.
- Van Mechelen, W., Twisk, J., Post, G., Snel, J. y Kemper, H. (2000). Physical activity of young people: the Amsterdam Longitudinal Growth and Health Study. *Medicine and Science in Sport and exercise*, 32 (9), 1610-1616.
- Vara, E., Montejo, R., Martínez, I., Orega, E., Medina, E. Y Martínez, M. (1997). Predoectores de adicción al tabaco en adultos jóvenes. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 29, 167-172.

- Vega, A. F. Claves educativas para abordar en las escuelas e institutos la cuestión del alcohol. En: M^a Isabel Serrano (Coordinadora). *La educación para la salud del siglo XXI* (pp. 373-403). Madrid: Díaz de Santos.
- Visauta, B. (1989). *Técnicas de investigación social*. Barcelona: PPU.
- Vizzolto, S. M. y Seganfredo, C.A. (1992). *Drogas: questões para pais e educadores*. Florianópolis: Lunardelli.
- Von Eyben, F. y Zeeman, G. (2003). Riesgos para la salud derivados del consumo voluntario e involuntario de tabaco. *Rev. Esp. Salud Pública*, 77, 11-36.
- Vuori, I. M. (2001). Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis, and osteoporosis. *Med. Sci. Sport Exerc.*, 33 (6), 551-86.
- Wankel, L. (1985). Personal and situational factors affecting exercise involvement: The importance of enjoyment. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 56, 275-282.
- Wannamethee, S., Shaper, A. y Walker, M. (2001). Physical activity and risk of cancer in middle-aged men. *Br. J. Cancer*, 85, 1311-1316.
- Weinberg, R y Gould, D. (1996). *Fundamentos de psicología del deporte y del ejercicio físico*. Barcelona: Ariel.
- Weinberg, R., Tenenbaum, G., McKenzie, A., Jackson, S., Anshel, M., Grove, R. y Fogarty, G. (2000). Motivation for youth participation in sport and physical activity: relationships to culture, self-reported activity levels, and gender. *International Journal of Sports Psychology*, 31, 321-346.
- Weineck, J. (1991). *Biologia do Esporte*. São Paulo, Manole.
- Weinek, J. (2001). *Salud, ejercicio y deporte*. Barcelona: Paidotribo.
- Wells, W. D. (1974). Group interviewing. En Ferber, R. (ed.). *Handbook of marketing research*. New York: McGraw Hill.
- Werbar, M. S. (2001). *Um estudio em adultos, de ambos os sexos, trabalhadores de empresas na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil*. Disertación de Master. Universidade do Porto, Portugal.
- Wharf, J., Gaul, C., Gibbons, S. y Van Gyn, G. (2003). Factors influencing physical activity levels among Canadian Youth. *Canadian Journal of Public Health*, 94 (1), 45-51.
- Williams, P. T. (2000). Physical fitness and activity as separate heart disease risk factors: a meta-analysis. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 33 (5), 754-761.
- Winnail, S., Valois, R., McKeown, R., Saunders R., Pate, R. (1995). Relationship between physical activity level and cigarette, smokeless tobacco, and marijuana use among public high school students. *Journal School Health*, 65 (10), 438-442.

- Wynne R. (1989). *Workplace action for health: a selective review and a framework for analysis*. Working paper EF /WP /89 /30 /EN. Dublin: European Foundation for the Improvement of living and Working Conditions.
- Yang, X., Telema, R. y Laakso, L. (1996). Parent's Physical Activity, Socio-Economic Status and education as Predictors of Physical Activity and Sport, among children and youths: a 12-year follow-Up Study. *International Review for the Sociology of Sport*, 31 (3), 94-273.
- Young, Y. y Willianms.T. (1989). *The Healthy School*. Edinburgh: Scottish Health Education Group, World Health Organization.
- Yusuf, S., Dagenais, G., Pogue, J., Bosch, J., Sleight, P. y Vitamin, E. (2000). Supplementation and cardiovascular events in high-risk patients. *N. Engl. J. Med.*, 342 (3), 154-60.
- Yusuf, S. (2002). Two decades of progress in preventing vascular disease. *Lancet*, 360, 2-3.
- Zamai, C., Bankoff, A. D., Barros, D., Miguel, D. y Cremonesi, L. (1999). Estudo do nível de conhecimento sobre atividade física entre adolescentes escolares: uma necessidade de abordagens na escola e entidades de formação / orientação. *Anais do XXII Simposio Internacional de Ciência do Esporte, São Paulo*.
- Zhu, B., Liu, M., Shelton, D., Liu, S. y Giovino, G. (1996). Cigarette smoking its risk factors among elementary school students in Beijing. *American Journal of Public Health*, 86, 368 -375.

ANEXOS

- 1 - Lista de Tablas
- 2 - Lista de Figuras y Gráficos
- 3 - Plan de Curso de la asignatura EF en 2003
- 4 - Cuestionario Piloto (español y portugués)
- 5 - Carta al Director de Enseñanza, Gerente de la Enseñanza Técnica y Coordinadores de los cursos técnicos.
- 6 - Carta al Director General del CEFET-PB y Directores de la Sede de João Pessoa y UNED-Cajazeiras.
- 7 - Cuestionario Final (portugués y español)

ANEXO 1: LISTA DE TABLA

TABLA 1.1 - Legislación básica de la educación profesional en Brasil

TABLA 1.2 - Área profesional y carga horaria mínima

TABLA 1.3 - Competencias y Saberes de la Asignatura Actividad Física y calidad de vida

TABLA 1.4 - Paradigma emergente de la salud

TABLA 1.5 - Líneas de acciones de PS en la Escuela

TABLA 1.6 - Funciones integrantes de la comunidad en la PS

TABLA 1.7 - Objetivos y Bases Metodológicas de EPS en la escuela

TABLA 1.8 - Competencias y habilidades de la EF en la Enseñanza Media

TABLA 1.9 - Modelo de Educación Física orientado a la salud

TABLA 1.10 - Aportaciones y Limitaciones de los Modelos de Educación Física orientada hacia la Salud

TABLA 1.11 - Competencias y Saberes en el Área de la AF en la perspectiva de la EPS

TABLA 1.12 - Actividades Sugeridas en el Área de la AF en la perspectiva de la EPS

TABLA 1.13 - Predominancia de los factores de riesgos de enfermedades cardíacas de acuerdo con American Health Association

TABLA 1.14 - Clasificación de actividades físicas según la variabilidad de la intensidad

TABLA 1.15 - Beneficios de la AF regular para la salud

TABLA 1.16 - Principios aplicables a la promoción de la salud en el lugar del trabajo

TABLA 1.17 - Argumentos justificativos de los programas de PS en el trabajo

TABLA 1.18 - Indicadores utilizados en los estudios de evaluación de programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo

TABLA 1.19 - Problemas para la evaluación y comparación de los resultados de los programas de PS

TABLA 2.1 - Características cuantitativas y cualitativas de investigación

TABLA 2.2 - Indicadores de la variable sociodemográfica

TABLA 2.3 - Indicadores de la variable de prácticas de Actividad física en el tiempo libre, los intereses y motivaciones de los alumnos del CEFET-PB

TABLA 2.4 - Indicadores la variable de ocio practicada en el tiempo libre

TABLA 2.5 - Indicadores de la variable de la Educación Física / Deporte que tuvieron en la Enseñanza Media

TABLA 2.6 - Indicadores de la variable relacionada con el conocimiento teórico sobre los principios básicos de la aptitud física hacia la salud y su aplicación práctica

TABLA 2.7 - Indicadores de la variable de los hábitos de vida sanos

TABLA 2.8 - Indicadores de la variable de la autopercepción del estilo de vida sano de los alumnos del CEFET-PB

TABLA 2.9 - Indicadores de las variables relacionadas a la propuesta de cambios para mejorar la salud

TABLA 2.10 - Variable de la relación de la práctica de AF con los riesgos y autopercepción de los estilos de vida

TABLA 2.11 - Distribución de los sujetos de João Pessoa

TABLA 2.12 - Distribución de los sujetos de Cajazeiras

TABLA 2.13 - Distribución muestra y sujetos por cursos en João Pessoa

TABLA 2.14 - Distribución de muestra y sujetos por cursos en Cajazeiras

TABLA 2.15 - Diseño temporizado

TABLA 2.16 - Tipos de preguntas e indicadores del cuestionario

TABLA 2.17 - Cantidad de cuestionario piloto aplicados por ciudad, curso y turno

TABLA 2.18 - Coeficiente de Pearson por pregunta

TABLA 3.1 - Género por curso

TABLA 3.2 - Ciudad en función de la renta familiar

TABLA 3.3 - Características sociodemográficas de los alumnos del CEFET-PB

TABLA 3.4 - Nivel de práctica de AF y grupo que se encuentran los sedentarios

TABLA 3.5 - Distribución de la práctica de AF de los alumnos del CEFET-PB según algunas

TABLA 3.6 - Estadística inferencial que relaciona AF practicada con el género características sociodemográficas (%)

TABLA 3.7 - Distribución de la práctica de AF de los alumnos del CEFET-PB según las horas, día y veces por semana de la practica (%)

TABLA 3.8 - Cuántas horas / días y veces por semana los alumnos practican o practicaban AF en función del género

TABLA 3.9 - Control de la intensidad del esfuerzo cuando practican o practicaban AF (%)

TABLA 3.10 - Cómo son realizadas las prácticas de AF por los activos y sedentarios (%)

TABLA 3.11 - Cómo son realizadas las prácticas de AF en función de la renta, respuestas afirmativas (%)

TABLA 3.12 - Con quién son realizadas las prácticas de AF en los alumnos activos y sedentarios (%)

TABLA 3.13 - Motivos por los qué practican Actividad Física en función del género (%)

TABLA 3.14 - Perspectiva futura hacia la práctica de AF (%)

TABLA 3.15 - Practicar AF en el tiempo libre con relación al nivel de práctica (%)

TABLA 3.16 - Actividades de ocio relacionadas con el género (%)

TABLA 3.17 - Características de la práctica de la EF en la Enseñanza Media

TABLA 3.18 - Frecuencia de práctica de EF en la enseñanza media en función del nivel de práctica de AF (%)

TABLA 3.19 - Cantidad de respuestas correctas

TABLA 3.20 - Aciertos y errores por pregunta

TABLA 3.21 - Respuestas correctas en función del nivel de AF (%)

TABLA 3.22 - Características en cuanto al consumo de cigarrillo

TABLA 3.23 - Distribución del consumo de tabaco según algunas características sociodemográficas (%)

TABLA 3.24 - Grupo de consumo de cigarrillo relacionado con haber bebido alcohol

TABLA 3.25 - Frecuencia y porcentaje de las características en cuanto al consumo de alcohol

TABLA 3.26 - Distribución del consumo de alcohol según algunas características sociodemográficas (%)

TABLA 3.27 - El género relacionado con la cantidad de alcohol que suele ingerir cuando bebe y el tipo de bebida consumida

TABLA 3.28 - Nivel de práctica de AF relacionado con el consumo de alcohol (%)

TABLA 3.29 - Autopercepción de la condición física relacionado con el consumo de alcohol. (%)

TABLA 3.30 - Características relacionadas a la propuesta de cambios para mejorar la salud

TABLA 3.31 - Análisis de regresión lineal múltiple entre las variables independientes y el indicador de estilo de vida de riesgo (n= 442)

TABLA 3.32 - Análisis de regresión lineal múltiple entre las variables independientes y el indicador de autopercepción de estilo de vida sano

ANEXO 2: LISTA DE FIGURAS Y GRÁFICOS

FIGURA 1.1 - Resumen de la Educación Brasileña

FIGURA 1.2 - Estructura modular del curso de Edificación

FIGURA 1.3 - Estructura modular en Mantenimiento de Equipamientos Mecánicos

FIGURA 1.4 - Estructura modular en Soporte y Sistema de Información

FIGURA 1.5 - Estructura modular en Electrotécnica

FIGURA 1.6 - Estructura modular en Electrónica

FIGURA 1.7 - Estructura modular en Recursos naturales

FIGURA 1.8 - Esquema de Competencia

FIGURA 1.9 - Cambios de Paradigma

FIGURA 1.10 - Factores que determinan el estilo de vida de una persona

FIGURA 1.11 - Los estilos de vida y las estrategias de EPS

FIGURA 1.12 - Muertes atribuidas a las 16 causas principales de defunción en los países en desarrollo, 2001.

FIGURA 1.13 - Componentes de la aptitud física relacionada a la salud

FIGURA 1.14 - Diagrama sobre las relaciones de la actividad física, aptitud física y la salud

FIGURA 1.15 - Interacciones entre actividad física, condición física y salud

FIGURA 1.16 - Perspectivas de relación entre la actividad física y la salud

FIGURA 1.17 - Beneficios y riesgos de la AF según la intensidad del esfuerzo

GRÁFICO 3.1 - Grupo de práctica de Actividad Física en función del género

GRÁFICO 3.2 - Alumnos activos por turno

GRÁFICO 3.3 - Grupo de práctica de AF en función de la renta familiar

GRÁFICO 3.4 - Actividad Física practicada por los alumnos activos

GRÁFICO 3.5 - Actividad Física antes practicada por los alumnos sedentarios.

GRÁFICO 3.6 - AF practicada en función de la renta

GRÁFICO 3.7 - Como hacían AF los alumnos sedentarios en función del género

GRÁFICO 3.8 - Con quién practica AF en función del género

GRÁFICO 3.9 - Motivos por los que practican Actividad Física (%)

GRÁFICO 3.10 - Motivos del abandono de la practica de AF (%)

GRÁFICO 3.11 - Motivos por los que nunca ha practicado AF (%)

GRÁFICO 3.12 - Perspectiva futura hacia la práctica de AF relacionada al nivel de práctica

GRÁFICO 3.13 - Actividades de ocio practicadas en el tiempo libre (%)

GRÁFICO 3.14 - Autopercepción de la EF en correspondencia con la influencia en el estilo de vida (%)

GRÁFICO 3.15 - EF en la enseñanza media en función del Nivel de AF

GRÁFICO 3.16 - Grupo de práctica de la EF en la enseñanza media en correspondencia con la frecuencia de esta práctica

GRÁFICO 3.17 - Respuestas correctas en correspondencia con la renta

GRÁFICO 3.18 - Respuestas correctas con correspondencia con el nivel estudio concluido

GRÁFICO 3.19 - Grupo de consumo de cigarrillo correlacionado con el consumo de alcohol

GRÁFICO 3.20 - Autopercepción que bebe en correspondencia con la cantidad que suele beber en vasos

GRÁFICO 3.21 - Autopercepción que bebe en correspondencia con la frecuencia que bebe

GRÁFICO 3.22 -. Frecuencia que suele ingerir alcohol en correspondencia con la cantidad de alcohol que suele ingerir cuando bebe

GRÁFICO 3.23 - Autopercepción del sueño diario

GRÁFICO 3.24 - Autopercepción de la alimentación diaria

GRÁFICO 3.25 - La autopercepción del sueño diario con relación a la frecuencia que bebe

GRÁFICO 3.26 - Autopercepción del estado de salud

GRÁFICO 3.27 - Autopercepción de la condición física

GRÁFICO 3.28 - Importancia de los hábitos de vida sanos para la salud

GRÁFICO 3.29 - Influencia de los hábitos de vidas en el trabajo

ANEXO 3: PLAN DE CURSO DE LA ASIGNATURA EF EN 2003

CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DA PARAÍBA
DIRETORIA DE ENSINO
COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA DA ÁREA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

DISCIPLINA: EDUCAÇÃO FÍSICA

CARGA HORÁRIA: 90 HORAS

PROFESSORES: TODOS DA ÁREA

SÉRIE: 1ª, 2ª e 3ª SÉRIES DO ENSINO MÉDIO

ANO: 2003

PLANO DE CURSO

OBJETIVO GERAL:

Capacitar o educando para o desenvolvimento harmonioso do corpo e da mente, desenvolvendo o gosto pela prática da cultura corporal, propiciando oportunidades de conhecimentos teóricos e experiências práticas, para que estas atividades sejam continuadas regularmente após os anos escolares.

METODOLOGIA	AValiação
<ul style="list-style-type: none">- Aulas práticas- Aulas Teóricas (leitura e interpretação de texto)- Aulas Teórico-práticas- Trabalhos em grupo- Pesquisas complementares	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação contínua através da observação do aluno no desenvolvimento das atividades práticas e teóricas.- Provas práticas- Testes de aprendizagem e trabalhos de pesquisa.
ATIVIDADES	RECURSOS DIDÁTICOS

PLAN DE CURSO DE LA ASIGNATURA EF EN 2003 (continuación)

UNIDADE DIDÁTICA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<p><u>1. FUTEBOL</u></p> <p>1.1 FUNDAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Passe - Condução de bola - Dribles - Domínio de bola - Chute à gol - Lançamentos - Cabeceio <p>1.2 SISTEMAS DEFENSIVOS E OFENSIVOS</p> <p>1.3 REGRAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Executar os fundamentos do Futebol. - Executar os sistemas básicos defensivos e ofensivos - Executar práticas individuais e coletivas de posicionamentos em situação de jogo. - Conhecer noções básicas das regras do Futebol.
<p><u>2. FUTSAL</u></p> <p>1.1 FUNDAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Passe - Condução de bola - Dribles - Domínio de bola - Chute à gol - Lançamentos - Cabeceio <p>1.2 SISTEMAS DEFENSIVOS E OFENSIVOS</p> <p>1.3 REGRAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Executar os fundamentos do Futebol. - Executar os sistemas básicos defensivos e ofensivos - Executar práticas individuais e coletivas de posicionamentos em situação de jogo. - Conhecer noções básicas das regras do Futebol.
<p><u>3. NATAÇÃO</u></p> <p>3.1 FUNDAMENTOS DO NADO CRAWL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptação ao meio líquido - Respiração - Deslize - Flutuação - Braçada - Pernada - Exercícios combinados <p>3.2 REGRAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Executar os fundamentos do Nado Crawl. - Conhecer noções básicas das regras da Natação.
<p><u>4. HANDEBOL</u></p> <p>4.1 FUNDAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movimentações Básicas - Passe - Recepção - Dribles - Arremessos - Lançamento - Finta <p>4.2 TÁTICA DEFENSIVA E OFENSIVA</p> <p>4.3 REGRAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Executar os fundamentos do Handebol. - Conhecer noções de tática defensiva e ofensiva. - Conhecer noções básicas das regras do Handebol.

PLAN DE CURSO DE LA ASIGNATURA EF EN 2003 (continuación)

<p>5. VOLEIBOL</p> <p>5.1 FUNDAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Deslocamentos- Saque- Recepção- Levantamento- Cortada- Bloqueio- Defesa <p>5.2 REGRAS</p>	<ul style="list-style-type: none">- Executar os fundamentos do Voleibol.- Conhecer noções básicas das regras do Voleibol.
<p>6. BASQUETEBOL</p> <p>6.1 FUNDAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none">5 Passe6 Recepção7 Dribles8 Arremessos9 Chute à gol10 Lançamentos11 Finta <p>6.2 REGRAS</p>	<ul style="list-style-type: none">- Executar os fundamentos do Basquetebol.- Conhecer noções básicas das regras do Basquetebol.

ANEXO 4: CUESTIONARIO PILOTO (ESPAÑOL Y PORTUGUÉS)

La Actividad Física y los Hábitos de Vida Sanos: Un estudio en la Enseñanza Técnica del CEFET de Paraíba-Brasil.

Hola. Estamos realizando una encuesta anónima desde la Facultad de Ciencia de la Actividad Física y Deporte de la Universidad de Granada-España. Esta encuesta pretende conocer la practica de las actividades físicas y su relación con los hábitos de vida sano de los alumnos de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB. Esperamos que con los datos obtenidos en este estudio podamos contribuir en la mejora de la salud del estudiante de la Enseñanza Técnica. Por tanto, te rogaríamos que colaboraras con nosotros dedicándonos parte de tu tiempo para contestar unas preguntas relacionadas con el tema que nos ocupa. Muchas gracias por tu participación.

1. N. de cuestionario

2. Indíqueme la ciudad de tu CEFET:

Joao Pessoa 1

Cajazeiras 2

3. ¿Cuál es tu curso técnico?

Electrónica.....1

Electrotécnica.....2

Informática.....3

Carreteras.....4

Edificaciones.....5

Tecnología ambiental.....6

Electromecánica.....7

4. ¿Cuál es tu turno de clase en el CEFET-PB?

Por la mañana.....1

Por la tarde.....2

Por la noche.....3

5. ¿Cuál tu sexo?

Hombre1

Mujer2

6. ¿Podrías decir por favor cual es tu edad?

--	--

7. ¿Cuál es tu estado civil?

Soltero.....1

Casado.....2

Divorciado3

Viudo.....4

Separado5

8. De las siguientes opciones referentes a la situación laboral señala por favor en cual/es de ellas te encuentras.

	Si	No
Estudiante	1	2
Estudia y trabaja	1	2
Busca su primer empleo	1	2
Activo ocupado	1	2
Activo parado	1	2
Labores del hogar	1	2
Jubilado/pensionista	1	2
Servicio militar	1	2
Otro/a ¿Cuál/es?	1	2

9. De las siguientes opciones referentes a la profesión señala por favor en cual/es de ellas te encuentras.

	SI	NO
Trabajador en el sector de la construcción	1	2
Trabajador del comercio	1	2
Trabajador en el sector de la industria	1	2
Trabajador en el sector de la agricultura	1	2
Trabajador del sector público	1	2
Jubilado/pensionista	1	2
Labores de hogar	1	2
Estudiante	1	2
Trabajador en el sector de servicio	1	2
Otra/s ¿Cuál/es	1	2

10. ¿ Teniendo en cuenta todos los sueldos que entran en tu casa. Podrías decirme por favor,Cuál es la renta media de tu casa?

- 1 a 5 sueldos mínimos.....1
- De 6 a 10 sueldos mínimos2
- De 11 a 20 sueldos mínimo.....3
- Entre 21 e 30 sueldos mínimos4
- Mas de 30 sueldos mínimo5
- NS/NC.....6

11. ¿Cuál es tu nivel de estudios?

- Enseñanza Media (antiguo 2 grado) 1
- Enseñanza Profesional..... 2
- Enseñanza Universitaria 3
- Postgrado 4

12. ¿ En qué sueles emplear, en general, tu tiempo libre?

	SI	NO
Estar con a familia/con los amigos	1	2
Ir bailar	1	2
Ir al cine/ al teatro/ a conciertos	1	2
Salir de excursión/pasear	1	2
Ver la televisión/leer libros, revistas/oir la radio/escuchar música.....	1	2
Trabajar de voluntario (ir a reuniones/ ir a alguna asociación o club.....)	1	2
Hacer trabajos manuales/ ocuparse del jardín/ tocar algún instrumento	1	2
Viajar/hacer turismo	1	2
Ir a bares/ discotecas	1	2
Ir de compras	1	2
Hacer deporte	1	2
Otra/as ¿Cuál/es?	1	2

13. ¿ Respecto a la práctica de actividad física, ¿ en cuál grupo te encuentras?

- Actualmente practico actividad física.....1 (SEGUIR A LA PREGUNTA 16)
- Antes practicaba actividad física ahora no.....2 (SEGUIR A LA PREGUNTA 15)
- Nunca he practicado actividad física.....3

14. ¿ Te importaría indicarme por qué nunca has practicado actividad física?

(AL TERMINAR DE CONTESTAR ESTA PREGUNTA SEGUIR A LA PREGUNTA 23)

	SI	NO
No me gusta.....	1	2
No le veo utilidad	1	2
No tengo tiempo	1	2
Por falta de instalaciones deportivas	1	2
Salgo muy cansado del trabajo o del estudio	1	2
Por problemas de salud	1	2
Por pereza o desgana	1	2
Otras razones ¿Cuál/les?	1	2

(SÓLO CONTESTAR LOS QUE ANTES PRACTICABAN Y AHORA NO)

15. ¿Podrías decirme los motivos por los cuales has abandonado la práctica de actividad física?

(AL TERMINAR SEGUIR A LA PREGUNTA 17)

	SI	NO
No lograr los objetivos de los ejercicios	1	2
Porque mi siento muy ansioso	1	2
Porque me siento muy desinteresado con la vida	1	2
Porque siento vergüenza	1	2
Exceso de peso	1	2
Comportamiento competitivo, ambicioso, ...	1	2
Pasatiempo inactivo	1	2
Baja esperanza de éxito	1	2
Por falta de instalaciones deportivas	1	2
Intensidad inicial alta	1	2
Ejercicio sin supervisión	1	2
Falta de apoyo familiar	1	2
Falta de tiempo libre	1	2
Problemas económicos	1	2
Problemas familiares	1	2
No tengo motivación	1	2
Otro/s ¿Cuál/es?	1	2

(SÓLO CONTESTAR LOS QUE PRACTICAN)

16. ¿Cuáles son los motivos por qué los practicas actividad física?

	SI	NO
Mejorar mi condición física	1	2
Mantener mi cuerpo en forma	1	2
Hacer nuevos amigos	1	2
Indicación médica	1	2
Mejorar mi salud	1	2
Divertirme	1	2
Otro/s ¿Cual/es?	1	2

(SÓLO CONTESTAR LOS QUE PRACTICABAN O HAN PRACTICADO)

17. De las actividades que aparecen en el cuadro de abajo, indícame cual/es practicas, practicabas, o nunca has practicado.

	Practica	Practicaba	Nunca he practicado
Deportes de pista	1	2	3
Deportes acuáticos	1	2	3
Deportes de vuelo	1	2	3
Deportes sobre ruedas	1	2	3
Deportes gimnásticos y expresión corporal	1	2	3
Deportes con animales	1	2	3
Deporte de lucha y artes marciales	1	2	3
Deportes en la naturaleza/aventura	1	2	3
Petancas, billar	1	2	3
Caminar, correr, andar de bicicleta	1	2	3
Actividad física en gimnasio: mantenimiento, yoga, musculación,	1	2	3
Deportes radicales(surf, bici-cross, skate, ect)	1	2	3
Otro/s ¿Cuál/es?	1	2	3

(SÓLO CONTESTAR LOS QUE PRACTICABAN O HAN PRACTICADO)

18. ¿ Con cuál frecuencia solías o sueles practicar actividad física?

CÓDIGO	VALORACIÓN
1	REGULARMENTE, TANTO LABORALES COMO FINES DE SEMANA
2	REGULARMENTE, SOLO LABORALES
3	SÓLO EN FINES DE SEMANA,
4	SÓLO EN VACACIONES
5	DE VEZ EN CUANDO, SIN REGULARIDAD
6	NUNCA PRACTIQUÉ

	Laborales y fines de semana	Sólo laborales	Fines de semana	Vacaciones	Sin regularidad	Nunca
Deportes de pista	1	2	3	4	5	6
Deportes acuáticos	1	2	3	4	5	6
Deportes de vuelo	1	2	3	4	5	6
Deportes sobre ruedas	1	2	3	4	5	6
Deportes gimnástico y expresión corporal	1	2	3	4	5	6
Deportes con animales	1	2	3	4	5	6
Deporte de lucha y artes marciales	1	2	3	4	5	6
Deportes en la naturaleza		2	3	4	5	6
Petancas, billar	1	2	3	4	5	6
Caminar, correr, andar de bicicleta	1	2	3	4	5	6
Actividad física en gimnasio: mantenimiento, yoga, musculación,	1	2	3	4	5	6
Deporte radicales(surf, bici-cross, skate, ect)	1	2	3	4	5	6
Otro/s. ¿Cuál/les?	1	2	3	4	5	6

19. ¿Durante cuanto tiempo solías o sueles practicar actividad física?

- De 15 a 30 minutos.....1
- Más de 30 minutos a 45 minutos.....2
- Más de 45 minutos a 1 hora3
- 1 hora o más4

20. ¿ Controlas la intensidad del esfuerzo cuándo practicas o practicabas actividad física?

- Si.....1
- No.....2
- Algunas veces.....3

21. ¿Dónde solías o sueles practicar actividad física?

	SI	NO
En el gimnasio	1	2
Aire libre (playa, plazas, calles, montañas, bosques.....)	1	2
En el club	1	2
En la escuela	1	2
Otro/s ¿Cuál/es?	1	2

22. ¿ Cómo solías o sueles practicar actividad física ?

- Con orientación de un profesional1
- Sin orientación de profesional2

(PARA TODOS CONTESTAREN)

23. Lee atentamente cada una de las afirmaciones y rodea con un círculo el número que coincida con tu opinión, según la tabla que presentamos abajo

CÓDIGO	VALORACIÓN
5	Muy de acuerdo
4	De acuerdo
3	Indiferente
2	En desacuerdo
1	Muy en desacuerdo

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
EJEMPLO: El sol es caliente y ilumina	1	2	3	4	5
1- La velocidad, la agilidad y la coordinación son calidades físicas importantes para actividad física hacia la salud	1	2	3	4	5
2- Para hacernos ejercicios de fuerza, la natación sería la actividad más indicada	1	2	3	4	5
3- La composición de su cuerpo es un componente importante para Actividad Física hacia la salud	1	2	3	4	5
4- La resistencia aeróbica es una calidad física importante para la salud	1	2	3	4	5
5- Debemos hacer estiramiento solamente antes de actividades físicas intensas	1	2	3	4	5
6- Los ejercicios de resistencia son con mucha carga y con poca duración	1	2	3	4	5
7- Estiramiento solamente debemos hacer antes del partido o deporte	1	2	3	4	5
8- En la musculación podremos hacer ejercicios de resistencia y fuerza.	1	2	3	4	5
9- Actividades con el peso del cuerpo o pesas son indicados para ejercicios de fuerza	1	2	3	4	5
10-Una persona que esta sin hacer ejercicio físico y con peso excesivo debe hacer ejercicios de resistencia aeróbica	1	2	3	4	5
11- Actividad Física hacia la salud sólo deben hacer persona enfermas	1	2	3	4	5
12- Caminar moderadamente es una buena actividad física para perder grasas	1	2	3	4	5
13- Gimnasia localizada son buenos ejercicios de resistencia muscular	1	2	3	4	5
14- Las actividades muy intensas son las mejores para la salud	1	2	3	4	5
15- Los músculos y los huesos son componentes de la composición corporal	1	2	3	4	5
16- Si quiero mejorar mi salud las actividades aeróbicas moderadas son más adecuadas que las actividades intensas.	1	2	3	4	5
17- El ideal es hacer estiramiento antes y después del ejercicio	1	2	3	4	5
18- Solo necesita hacer abdominal quien tiene mucha barriga	1	2	3	4	5
19- El estiramiento antes de las actividades físicas pueden evitar lesiones	1	2	3	4	5
20 – La resistencia muscular podremos trabajar con mucha carga en la musculación	1	2	3	4	5

24. Pensando en la Educación Física en la Enseñanza Media, ¿ en qué grupo te encuentras?

- Dispensado (enfermedad, trabajo, nocturno...)1 (SEGUIR A LA PREGUNTA 28)
 Dispensado por practicar deporte en la escuela.....2
 Practicas Educación Física 3
 Practicas actividad física fuera de la escuela (club, gimnasio,..)4
 NS/NC5

25. ¿ Con que frecuencia practicabas Educación Física o deporte en tu Enseñanza Media?

- 1 a 2 veces por semana1
 3 veces por semana2
 4 veces por semana.....3
 1 vez por semana, clase teórica4
 NS/NC5

26. ¿ Crees que la Educación Física o el deporte que has tenido en la escuela ha sido significativa para ser más activo?

- Si.....1
 No.....2
 NS/NC3

27. ¿ Crees que la Educación Física o el deporte que has tenido en la escuela ha sido significativa para que hoy puedas practicar actividad física por si sólo?

- Si.....1
 No.....2
 NS/NC3

28. ¿ Cuánto al consumo de tabaco en que grupo te encuentras?

- Fumo actualmente1
 Antes fumaba ahora no2
 Nunca he fumado3 (SEGUIR A LA PREGUNTA 31)

29.¿ En total cuánto tiempo has fumado?

- Menos de 1 año1
 De 1 a 5 años2
 Más de 5 a 10 años3
 Más de 10 años4

30. ¿ Cuántos cigarrillos fumas o fumabas al día?

- 1 a 5 cigarrillos/día1
 Media cajetilla diaria2
 Una cajetilla diaria3
 Más de una cajetilla diaria4

31.¿ Has bebido alcohol alguna vez?

- Si.....1
 No.....2 (SEGUIR A LA PREGUNTA 37)

32. ¿ Con que frecuencia has bebido o bebes alcohol ?

- Habitualmente (sin restricción de semana y final de semana).....1
 Sólo durante una temporada , pero ahora no.....2
 En los fines de semana3
 Sólo en ocasiones especiales4

33.¿ En total cuánto tiempo has bebido?

- Menos de 1 año1
 De 1 a 5 años2
 Más de 5 a 10 años3
 Más de 10 años4

34. ¿ Qué cantidad de alcohol solías o sueles beber?

	Solías	Sueles
Mucho	1	1
Bastante	2	2
Poco	3	3
Muy poco	4	4
NS/NC	5	5

35; Qué cantidad de alcohol solía o suele ingerir cuando bebes?

	SI	NO	Solía	Suele
1 a 3 vasos				
Mas de 3 a 6 vasos				
Mas de 6 a 10 vasos				
Más de 10 vasos				

36. ¿Cuándo bebes tenías o tienes la costumbre de cambiar tu comportamiento habitual?

- Siempre.....1
 A veces 2
 Raramente3
 Nunca.....4
 NS/NC5

37. ¿ Crees que tu sueño diario es suficiente?

- Si.....1
 No2

38. ¿ Has consumido fármacos para dormir?

Si.....1
 No.....2 (SEGUIR A LA PREGUNTA 40)

39. ¿ Con que frecuencia has consumido?

Siempre1
 Algunas veces2
 Raramente.....3

40. ¿ Cómo consideras tu actual estado de salud?

Muy bueno1
 Bueno2
 Regular3
 Malo4
 Muy malo5

41. ¿ Qué consideras tu actual forma física?

Muy buena1
 Buena2
 Regular3
 Mala4
 Muy mala5

42. ¿ Podrías decirme por favor si consideras importantes las opciones abajo establecidas para tener salud? . ¿En caso afirmativo, en tu opinión cuáles son los 3 principales?

	SI	NO	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
Practicar actividad física regularmente	1	2	1	2	3
No consumir alcohol	1	2	1	2	3
No consumir tabaco	1	2	1	2	3
Alimentación sana	1	2	1	2	3
Consumir moderadamente alcohol	1	2	1	2	3
Consumir moderadamente tabaco	1	2	1	2	3
No consumir drogas	1	2	1	2	3
Dormir bien	1	2	1	2	3
Otra/s ¿Cuál/es?	1	2	1	2	3

43. ¿ Podrías decirme por favor si consideras importantes las opciones abajo establecidas para un mejor rendimiento en el trabajo?.

¿En caso afirmativo, en tu opinión cuáles son los 3 principales?

	SI	NO	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
Mantener buena forma física	1	2	1	2	3
No fumar	1	2	1	2	3
Tener buenos contactos sociales	1	2	1	2	3
Tener una alimentación sana	1	2	1	2	3
Consumir moderadamente alcohol	1	2	1	2	3
No consumir alcohol	1	2	1	2	3
Otra/s ¿Cuál/es?	1	2	1	2	3

44. ¿ Podrías decirme por favor si consideras importantes las opciones abajo establecida para la formación educacional de un trabajador, además de las competencias técnicas?. ¿En caso afirmativo, en tu opinión cuáles son los 3 principales?

	SI	NO	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
Lengua extranjera	1	2	1	2	3
Salud	1	2	1	2	3
Investigación científica	1	2	1	2	3
Sociología	1	2	1	2	3
Filosofía	1	2	1	2	3
Otra/s ¿Cuál/es?	1	2	1	2	3

45. ¿ Podrías decirme por favor si consideras importantes las opciones abajo establecidas como medidas educacionales para contribuir con un estilo de vida sano?. ¿En caso afirmativo, en tu opinión cuales son los 3 principales medidas?

	SI	NO	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
Palestras, seminarios, encuentros, en la escuela	1	2	1	2	3
Tener la salud como una competencia en el currículo	1	2	1	2	3
Campañas educativas en la comunidad (barrio, iglesia, club,)	1	2	1	2	3
Programas gubernamental sobre salud en la comunidad	1	2	1	2	3
Campañas informativas en el medio de comunicación	1	2	1	2	3
Otra/s ¿Cuál/es?	1	2	1	2	3

46. ¿ Podrías decirme por favor si consideras importantes las opciones abajo establecidas como medidas en la área del ocio para contribuir con un estilo de vida sano?. ¿En caso afirmativo, en tu opinión cuales son los 3 principales medidas?

	SI	NO	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
Condiciones de acceso a gimnasio, clubes,	1	2	1	2	3
Programas de actividad física con orientación profesional para la comunidad	1	2	1	2	3
Realizaciones de eventos deportivos en la comunidad	1	2	1	2	3
Más instalaciones y equipamientos para práctica de actividad física	1	2	1	2	3
Otra/s ¿Cuál/es?	1	2	1	2	3

¡ MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

A Atividade Física e os Hábitos de Vida Saudáveis: Um estudo no Ensino Técnico do CEFET da Paraíba-Brasil.

Oi. Estamos realizando uma pesquisa anônima desde a Faculdade de Ciência de Atividade Física e Esporte da Universidade de Granada-Espanha. Esta pesquisa pretende conhecer a prática de atividades físicas e sua relação com os hábitos de vida saudáveis dos alunos do Ensino Técnico do CEFET-PB. Esperamos que com os dados obtidos neste estudo possamos contribuir para a melhoria da saúde do estudante do Ensino Técnico. Portanto, pediríamos que colaborasse com o nosso trabalho, nos dedicando parte de seu tempo para responder a algumas perguntas relacionadas com o tema que nos ocupa. Desde agora agradecemos por sua participação.

1. N. de questionário

2. Indique a cidade de seu CEFET:

João Pessoa 1
Cajazeiras 2

3. Qual é o seu curso técnico?

Eletrônica 1
Eletrotécnica 2
Informática 3
Edificações 4
Tecnologia ambiental 5
Mecânica..... 6
Eletromecânica 7

4. Qual é o seu turno de aula no CEFET-PB?

Manhã 1
Tarde 2
Noite 3

5. Você é do sexo?

Masculino..... 1
Feminino..... 2

6. Poderia dizer sua idade?

--	--

7. Qual o seu estado civil?

Solteiro..... 1
Casado..... 2
Divorciado 3
Viuvo..... 4
Separado 5

8. Das seguintes opções referentes à situação no mercado de trabalho, marque, por favor, em qual/quais delas você se encontra.

	SIM	NÃO
Estudante	1	2
Estuda e trabalha	1	2
Procura seu primeiro emprego	1	2
Ativo ocupado	1	2
Ativo parado	1	2
Do lar	1	2
Aposentado/pensionista	1	2
Serviço militar	1	2
Outro/a Qual/quais?	1	2

9. Das seguintes opções referentes à profissão, marque, por favor, em qual/quais você se encontra.

	SIM	NÃO
<i>Trabalhador no setor de serviços</i>	1	2
Trabalhador no setor da construção	1	2
Trabalhador no comércio	1	2
Trabalhador no setor da indústria	1	2
Trabalhador no setor da agricultura	1	2
Trabalhador do setor público	1	2
Aposentado/pensionista	1	2
Do lar	1	2
Estudante	1	2
Outra/s Qual/quais?	1	2

10. Tendo em conta todos os salários que entram em tua casa, poderia dizer-me qual a renda média de sua família?

- 200 a 1000 reais.....1
 1200 a 2000 reais2
 De 2200 a 4200 reais.....3
 Mais de 4200 a 7800 reais4
 Mas de 7800 reais5
 NS/NC.....6

11. Qual é o seu nível de estudos?

- Ensino Médio (antigo 2º grau)1
 Ensino Profissional.....2
 Ensino Universitário3
 Pós-graduação4

12. Em que costuma empregar, em geral, seu tempo livre?

	SIM	NÃO
Estar com a família/com os amigos	1	2
Ir ao cinema/ ao teatro/ a show	1	2
Sair de excursão/ passear		
Ver televisão/ler livros, revistas/ouvir rádio/escutar música.....	1	2
Trabalhar como voluntário (ir a reuniões/ ir a alguma associação ou clube.....)	1	2
Fazer trabalhos manuais/ fazer jardinagem/ tocar algum instrumento	1	2
Viajar/fazer turismo	1	2
Ir dançar/ discotecas	1	2
Ir as compras	1	2
Fazer atividade física	1	2
Outra/as Qual/quais?	1	2

13. Com respeito à prática de atividade física, em qual grupo você se encontra?

- Atualmente pratico atividade física.....1 (SEGUIR PARA A PERGUNTA 16)
 Antes praticava atividade física, agora não..... 2 (SEGUIR PARA A PERGUNTA 15)
 Nunca pratiquei atividade física.....3

14. Poderia dizer por que nunca praticou qualquer atividade física?

(AO TERMINAR DE RESPONDER A ESTA PERGUNTA, IR PARA A PERGUNTA 23)

	SIM	NÃO
Não gosto.....	1	2
Não vejo utilidade	1	2
Não tenho tempo	1	2
Por falta de instalações esportivas	1	2
São muito cansado do trabalho ou da escola	1	2
Por problemas de saúde	1	2
Por preguiça ou falta de vontade	1	2
Outras razões. Qual/quais?	1	2

(SÓ RESPONDER OS QUE NUNCA PRATICARAM)

(SÓ RESPONDER OS QUE PRATICAM)

15. Poderia dizer os motivos pelos quais abandonou a prática de atividade física? (AO TERMINAR, IR PARA A PERGUNTA 17)

	SIM	NÃO
<i>Não tenho motivação</i>	1	2
Não consegui os objetivos dos exercícios	1	2
Porque me sinto muito ansioso	1	2
Porque me sinto muito desinteressado com a vida	1	2
Porque sinto vergonha	1	2
Porque tenho excesso de peso	1	2
Porque tenho um comportamento competitivo, ambicioso, ...	1	2
Passatempo inativo	1	2
Baixa esperança de êxito	1	2
Por falta de instalações esportivas	1	2
Intensidade inicial alta da atividade	1	2
Exercício sem supervisão	1	2
Falta de apoio familiar	1	2
	1	2
<i>Problemas familiares</i>		
Falta de tempo livre	1	2
Problemas econômicos	1	2
Outro/s. Qual/quais?	1	2

16. Quais são os motivos por que você pratica atividade física?

	SIM	NÃO
<i>Divertir-me</i>	1	2
Melhorar minha condição física	1	2
Manter meu corpo em forma	1	2
Fazer novos amigos	1	2
Indicação médica	1	2
Melhorar minha saúde	1	2
Outro/s. Qual/quais?	1	2

(SÓ RESPONDER OS QUE PRATICAM OU PRATICAVAM)

17. Das atividades que aparecem no quadro abaixo, indique-me qual/quais pratica, praticava, o nunca praticaste.

	Pratica	Praticava	Nunca praticou
Esportes de pista	1	2	3
Esportes aquáticos	1	2	3
Esportes de vôo	1	2	3
Esportes sobre rodas	1	2	3
Esportes ginásticos e expressão corporal	1	2	3
Esportes com animais	1	2	3
Esportes de luta e artes marciais	1	2	3
Esportes na natureza/aventura	1	2	3
Peteca, bilhar	1	2	3
Caminhar, correr, andar de bicicleta	1	2	3
Atividade física em academia: manutenção, yoga, musculação,	1	2	3
Esportes radicais (surf, bici-cross, skate, ect)	1	2	3
Esportes de quadra (basquete, volei, handebol, fut. sal, etc...)	1	2	3
Futebol	1	2	3
Outro/s Qual/quais?	1	2	3

SÓ RESPONDER OS QUE PRATICAVAM OU PRATICAM)

18. Com qual frequência costuma ou costumava praticar atividade física?

CÓDIGO	VALORAÇÃO
1	Regularmente, tanto em dias de semana como em fins de semana
2	Regularmente, dias de semana
3	Só nos fins de semana,
4	Só nas férias
5	De vez em quando, sem regularidade
6	Nunca pratiquei

	Regularmente-dias de semana e finais de semana	Regularmente-dias de semana	Fins de semana	Férias	Sen regularidade	
Esportes de pista	1	2	3	4	5	6
Esportes aquáticos	1	2	3	4	5	6
Esportes de vôo	1	2	3	4	5	6
Esportes sobre rodas	1	2	3	4	5	6
Esportes ginástico e expressão corporal	1	2	3	4	5	6
Esportes com animais	1	2	3	4	5	6
Esportes de luta e artes marciais	1	2	3	4	5	6
Esportes na natureza		2	3	4	5	6
Petecas, bilhar	1	2	3	4	5	6
Caminhar, correr, andar de bicicleta	1	2	3	4	5	6
Atividade física em ginásio: manutenção, yoga, musculação,	1	2	3	4	5	6
Esportes radicais (surf, bici-cross, skate, ect)	1	2	3	4	5	6
Futebol	1	2	3	4	5	6
Esportes de quadra (basquete,volei,handebol,fut.sal, etc...)	1	2	3	4	5	6
Outro/s Qual/quais?	1	2	3	4	5	6

19. Durante quanto tempo você costuma ou costumava praticar atividade física?

- De 15 a 30 minutos..... 1
 Mais de 30 minutos a 45 minutos..... 2
 Mais de 45 minutos a 1 hora 3
 1 hora ou mais 4

20. Você controla a intensidade do esforço quando pratica (ou controlava quando praticava) atividade física?

- Sim..... 1
 Não..... 2
 Algumas vezes..... 3

21. Onde você costuma ou costumava praticar atividade física

	SIM	NÃO
Na academia	1	2
Ao ar livre (praias, praças, ruas, montanhas, bosques.....)	1	2
No clube	1	2
Na escola	1	2
Outro/s. Qual/quais?	1	2

22. Como costuma ou costumava praticar atividade física ?

- Com orientação de um profissional1
 Sem orientação de um profissional2

(PARA TODOS RESPONDEREM)

23. Ler atentamente cada uma das afirmações e contornar com um círculo o número que coincida com sua opinião, segundo a tabela que apresentamos abaixo:

CÓDIGO	VALORAÇÃO
5	Muito de acordo
4	De acordo
3	Indiferente
2	Em desacordo
1	Muito em desacordo

	Muito em desacordo	Em desacordo	Indiferente	De acordo	Muito de acordo
EXEMPLO: O sol é quente e ilumina.	1	2	3	4	5
1- A velocidade, a agilidade e a coordenação são qualidades físicas importantes para atividade física relacionada à saúde.	1	2	3	4	5
2- Para fazermos exercícios de força, a natação seria a atividade mais indicada.	1	2	3	4	5
3- A composição do seu corpo é um componente importante para atividade física voltada para a saúde.	1	2	3	4	5
4- A resistência aeróbica é uma qualidade física importante para a saúde.	1	2	3	4	5
5- Devemos fazer alongamento somente antes das atividades físicas intensas.	1	2	3	4	5
6- Os exercícios de resistência são com muita carga e com pouca duração.	1	2	3	4	5
7- Só devemos fazer alongamento antes de um jogo ou esporte.	1	2	3	4	5
8- Na musculação podemos fazer exercícios de resistência muscular e força.	1	2	3	4	5
9- Atividades com o peso do corpo ou pesos são indicados para exercícios de força.	1	2	3	4	5
10- Uma pessoa que está sem fazer exercício físico e com peso excessivo deve fazer exercícios de resistência aeróbica.	1	2	3	4	5
11- Só pessoas enfermas devem praticar atividade física voltada para a saúde.	1	2	3	4	5
12- Caminhar moderadamente é uma boa atividade física para aumentar a musculatura das pernas.	1	2	3	4	5
13- Ginástica localizada é um bom exercício de resistência muscular.	1	2	3	4	5
14- As atividades muito intensas são as melhores para a saúde.	1	2	3	4	5
15- Os músculos e os ossos são componentes da composição corporal	1	2	3	4	5
16- Se quero melhorar minha saúde, as atividades aeróbicas moderadas são mais adequadas que as atividades intensas.	1	2	3	4	5
17- O ideal é fazer alongamento antes e depois do exercício.	1	2	3	4	5
18- Só necessita fazer abdominal quem tem muita barriga.	1	2	3	4	5
19- O alongamento antes da atividade física pode evitar lesões.	1	2	3	4	5
20 – Afim de adquirir resistência muscular, podemos trabalhar com muita carga na musculação.	1	2	3	4	5

24. Pensando na Educação Física no Ensino Médio, em que grupo você se encontra?

- Dispensado (doença, trabalho, noturno...)1 (SEGUIR PARA A PERGUNTA 28)
 Dispensado por praticar esporte na escola.....2
 Prática Educação Física.....3
 Prática atividade física fora da escola (clube, academia,..)4
 NS/NR5

25. Com que frequência praticava Educação Física ou esporte no Ensino Médio?

- 1 a 2 vezes por semana1
 3 vezes por semana2
 4 vezes por semana.....3
 1 vez por semana, aula teórica4
 NS/NR5

26. Você acredita que a Educação Física ou o esporte que teve na escola foi significativo para você se tornar mais ativo?

- Sim.....1
- Não.....2
- NS/NC3

27. Acredita que a Educação Física ou o esporte que teve na escola foi significativo para que hoje você possa praticar atividade física

por si só?

- Sim.....1
- Não.....2
- NS/NR3

28. Quanto ao consumo de cigarro, em que grupo você se encontra?

- Fumo atualmente1
- Antes fumava, agora não2
- Nunca fumei3 (SEGUIR PARA A PERGUNTA 31)

29. Se você fumava ou fuma, por quanto tempo (total) o fez, ou há quanto tempo o faz?

- Menos de 1 ano1
- De 1 a 5 anos2
- Más de 5 a 10 anos3
- Más de 10 anos4

30. Quantos cigarros fuma ou fumava, ao dia?

- 1 a 5 cigarros/dia 1
- Meia carteira diária2
- Uma carteira diária 3
- Mais de uma carteira diária4

31. Tomou bebida alcoólica alguma vez?

- Sim..... 1
- Não.....2 (SEGUIR PARA A PERGUNTA 37)

32. Com que freqüência você ingere ou tomou bebida alcoólica?

- Habitualmente (sem restrição de semana e final de semana).....1
- Só durante uma temporada, mas agora não2
- Nos fins de semana3
- Só em ocasiões especiais4

33. Em total, por quanto tempo bebeu, ou há quanto tempo você bebe?

- Menos de 1 ano1
- De 1 a 5 anos2
- Mais de 5 a 10 anos3
- Mais de 10 anos4

34. Que quantidade de bebida alcoólica você costumava ou costuma beber?

	Costumava	Costuma
Muito	1	1
Bastante	2	2
Poco	3	3
Muito poco	4	4
NS/NR	5	5

35. Que quantidade de álcool costumava ou costuma ingerir quando bebe?

	SIM	NAO	Costumava	Costuma
1 a 3 copos			1	1
Mas de 3 a 6 copos			2	2
Mas de 6 a 10 copos			3	3
Más de 10 copos			4	4

36. Quando bebe, você tem (ou tinha) o costume de mudar seu comportamento habitual?

- Sempre.....1
- Às vezes2
- Raramente3
- Nunca.....4
- NS/NR 5

37. Acredita que seu sono diário é suficiente?

- Sim.....1

Não2

38. Você consome ou consumiu remédio para dormir?

Sim.....1

Não.....2 (SEGUIR PARA A PERGUNTA 40)

39. Com que frequência consumiu ou consome tais produtos (remédio)?

Sempre1

Algumas vezes2

Raramente.....3

40. Como considera seu atual estado de saúde?

Muito bom1

Bom2

Regular3

Mal4

Muito mal5

41. Como considera sua atual forma física?

Muito boa1

Boa2

Regular3

Mal4

Muito mal5

42. Poderia me dizer, por favor, se considera importantes as opções abaixo estabelecidas para ter saúde? .Em caso afirmativo, em sua opinião, quais são as 3 principais?

	SIM	NÃO	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
	1	2	1	2	3
<i>Dormir bem</i>					
Praticar atividade física regularmente	1	2	1	2	3
Não consumir álcool	1	2	1	2	3
Não consumir cigarro	1	2	1	2	3
Manter uma alimentação saudável	1	2	1	2	3
Consumir moderadamente álcool	1	2	1	2	3
Consumir moderadamente cigarro	1	2	1	2	3
Não consumir drogas	1	2	1	2	3
Outra/s. Qual/quais?	1	2	1	2	3

43. Poderia dizer, por favor, se considera importantes as opções abaixo estabelecidas para um melhor rendimento no trabalho? Em caso afirmativo, em sua opinião, quais são as 3 principais?

	SIM	NÃO	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
	1	2	1	2	3
<i>Não consumir álcool</i>					
Manter boa forma física	1	2	1	2	3
Não fumar	1	2	1	2	3
Ter bons contatos sociais	1	2	1	2	3
Ter uma alimentação saudável	1	2	1	2	3
	1	2	1	2	3
<i>Consumir moderadamente álcool</i>					
	1	2	1	2	3
<i>Outra/s. Qual/quais?</i>					

44. Poderia dizer se considera importantes as opções abaixo estabelecidas para a formação educacional de um trabalhador, além das competências técnicas? Em caso afirmativo, na sua opinião, quais são as 3 principais?

	SIM	NÃO	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
<i>Filosofia</i>	1	2	1	2	3
Língua estrangeira	1	2	1	2	3
Saúde	1	2	1	2	3
Investigação científica	1	2	1	2	3
Sociologia	1	2	1	2	3
Outra/s . Qual/quais?	1	2	1	2	3

45. Poderia dizer, por favor, se considera importantes as opções abaixo estabelecidas como medidas educacionais para contribuir com um estilo de vida saudável? .Em caso afirmativo, em sua opinião quais são as 3 principais medidas?

	SIM	NÃO	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
<i>Campanhas informativas nos meios de comunicação.</i>	1	2	1	2	3
Palestras, seminários, encontros, na escola	1	2	1	2	3
Ter saúde como uma competência no currículo	1	2	1	2	3
Campanhas educativas na comunidade (bairro, igreja, clube,)	1	2	1	2	3
Programas governamentais sobre saúde na comunidade	1	2	1	2	3
Outra/s . Qual/quais?	1	2	1	2	3

45. Poderia dizer, por favor, se considera importantes as opções abaixo estabelecidas como medidas na área do lazer para contribuir com um estilo de vida saudável? Em caso afirmativo, em sua opinião, quais são as 3 principais medidas?

	SIM	NÃO	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
<i>Mais instalações e equipamentos para prática de atividade física.</i>	1	2	1	2	3
Condições de acesso a academias, clubes,	1	2	1	2	3
Programas de atividade física com orientação profissional para a comunidade.	1	2	1	2	3
Realizações de eventos esportivos na comunidade.	1	2	1	2	3
Outra/s. Qual/quais?	1	2	1	2	3

MUITO OBRIGADA POR SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 5: CARTA A EL DIRECTOR GENERAL DEL CEFET-PB Y DIRECTORES DE LA SEDE DE JOÃO PESSOA Y UNED-CAJAZEIRAS

Aos SR. Diretor Geral do CEFET-PB

Ao Sr. Diretor da Sede de João Pessoa do CEFET-PB

A Sr^a Diretora da UNED-Cajazeiras

Eu, Maria Josely de Figueiredo Gomes, profesora de Educação Física desta instituição, venho a informa aos senhores Diretor Geral do CEFET-PB, Diretor da Sede de João Pessoa e a Diretora da UNED-Cajazeiras, da pesquisa que estamos desenvolvendo sobre os hábitos de vida dos alunos do Ensino Técnico do CEFET-PB.

Gostaríamos de informar e contar com a colaboração das direções desta instituição, para aplicação do questionario final que será um dos instrumentos utilizados na recorrida dos dados para construção da tesi intitulada “*Actividad Física y los Hábitos de Vida sanos: Un estudio en la Enseñanza Técnica do CEFET-PB- Brasil*”. Esta pesquisa esta sendo desenvolvida por mim, como um requisito para obter o título de Doutora em Atividade Física e Saúde pela Universidad de Granada-España.

Por motivos de orden maior (auto custo do deslocamento para o Brasil), a aplicação do cuestionario será dirigido por Lygia Gondim, profesora aposentada da UFPB, com a colaboração dos profesores da Coordenação de Educação Física, na sede de João Pessoa e pela profesora Eudna Barbosa e Alberdan na UNED-Cajazeiras.

A data para aplicação do cuestionario final esta prevista para dezembro de 2003, nas duas sedes, como posibilidades de mudanças caso seja necesario.

A Direção de Ensino e Gerencia do Ensino Técnica já foram devidamente informadas desta pesquisa, para que seja divulgada com os profesores do Ensino Técnico, já que os cuestionarios serão respondido em sala de aula.

Sem mais no momento e contando com o apoio desta instituição, representada neste caso, pelos Senhores Diretores de João Pessoa e Senhora Diretora de Cajazeiras, meu cordial agradecimento.

Granada, dezembro de 2003

Maria Josély Gomes

ANEXO 6: CARTA AL DIRECTOR DE ENSEÑANZA, GERENTE DE LA ENSEÑANZA TÉCNICA Y COORDINADORES DE LOS CURSOS TÉCNICOS

Ao Sr. Diretor de Ensino do CEFET-PB.

Ao Sr. Gerente do Ensino Técnico do CEFET-PB.

Eu, Maria Josely de Figueiredo Gomes, profesora de Educação Física desta instituição, venho a informa aos senhores Diretor de Ensino e Gerente do Ensino Técnico do CEFET-PB, da pesquisa que estamos desenvolvendo sobre os hábitos de vida dos alunos do Ensino Técnico do CEFET-PB.

Gostaríamos de informar e contar com a colaboração destes dois setores do CEFET-PB, para aplicação do questionário final que será um dos instrumentos utilizados na recorrida dos dados para construção da tesi intitulada “*Actividad Física y los Hábitos de Vida sanos: Un estudio en la Enseñanza Técnica do CEFET-PB- Brasil*”. Esta pesquisa esta sendo desenvolvida por mim como um requisito para obter o título de Doutora pela Universidad de Granada-España.

É importante a divulgação desta pesquisa entre os professores dos cursos técnicos, já que os questionários serão aplicados em sala de aula e necessita do entendimento destes professores.

Por motivos de orden maior (auto custo do deslocamento para o Brasil), a aplicação do cuestionario será dirigido por Lyia Gondim, profesora aposentada da UFPB, com a colaboração dos professores da Coordenação de Educação Física.

A data para aplicação do cuestionario final esta prevista para dezembro de 2003, como possibilidades de mudanças caso seja necesario.

Sem mais no momento e contando com o apoio desta instituição, representada neste caso, pela Direção de Ensino e Gerência do Ensino Técnico.

Granada, dezembro de 2003

Maria Josély Gomes.

ANEXO 7: CUESTIONARIO FINAL (portugués y español)

UNIVERSIDADE DE GRANADA
FACULDADE DE CIENCIAS DA ATIVIDADE FÍSICA E DO ESPORTE
ESTUDO SOBRE HÁBITOS DE VIDA DOS ALUNOS DO CEFET-PB-BRASIL
PESQUISADORA : M^a Josély Gomes (e-mail: mjosely@bol.com.br)

Oi. Estamos realizando uma pesquisa anônima desde a Faculdade de Ciência de Atividade Física e do Esporte da Universidade de Granada-Espanha. Esta pesquisa pretende conhecer a prática de atividades físicas e sua relação com os hábitos de vida dos alunos do Ensino Técnico do CEFET-PB. Esperamos que com os dados obtidos neste estudo possamos contribuir para a melhoria da saúde do estudante do Ensino Técnico. Portanto, pediríamos que colaborasse com o nosso trabalho, dedicando-nos parte de seu tempo para responder algumas perguntas relacionadas com o tema que nos ocupa, prestando atenção ao enunciado e sendo sincero/a. Desde agora agradecemos por sua participação.

DATA: /12/2003 Cidade: Cajazeiras TURNO: M T N

Nº

Sexo: Mulher Homem

P.1-Em que área é seu curso técnico?

- 1. Eletrônica
- 2. Eletrotécnica
- 3. Edificações
- 4. Mecânica
- 5. Recursos naturais
- 6. Eletromecânica
- 7. Informática

P.2- Poderia dizer sua idade?

- 1. Menos de 20 anos
- 2. De 21 a 25 anos
- 3. De 26 a 30 anos
- 4. Mais de 31 anos

P.3- Qual o seu estado civil?

- 1. Solteiro
- 2. Casado/ companheiro sentimental
- 3. Separado/ divorciado
- 4. Viúvo

P.4- En qual das seguintes situações você se encontra atualmente

- 1. Estuda
- 2. Estuda e trabalha
- 3. Busca seu primeiro emprego
- 4. Desempregado
- 5. Do lar
- 6. Aposentado/ pensionista
- 7. Outros

P.5- Qual é a renda mensal total da sua casa?

_____ Reais

P.6- Que estudo você tem concluíu?

- 1. Ensino Médio (2º Grau)
- 2. Formação Profissional
- 3. Curso Universitário
- 4. Pós-graduação

P.7- Em que costuma empregar, em geral, seu tempo livre?

	1-Sim	2-Não
7.1-Estar com a família/com os amigos	1	2
7.2-Ir ao cinema/ ao teatro/ a show	1	2
7.3-Sair de excursão/ passear	1	2
7.4-Ver televisão/ler livros, revistas/ouvir rádio/escutar música.....	1	2
7.5-Trabalhar como voluntário .	1	2
7.6-Fazer trabalhos manuais/ fazer jardinagem/ tocar algum instrumento	1	2
7.7-Viajar/fazer turismo	1	2
7.8-Ir dançar/ ir a discotecas	1	2
7.9-Fazer compras	1	2
7.10-Fazer atividade física/Esporte	1	2
7.11-Estar com meu/minha namorado/a	1	2
7.12-Outros. Qual/quais? _____	1	2

P.8- Com respeito à prática de atividade física, em qual grupo você se encontra?

- 1. Prático
- 2. Não prático (Passar a P.15)

SÓ RESPONDER OS QUE PRATICAM

P.9- Quais são os motivos pelos quais você pratica atividade física?

	1-Sim	2-Não
9.1-Divertir-me	1	2
9.2-Melhorar minha condição física	1	2
9.3-Manter meu corpo em forma	1	2
9.4-Fazer novos amigos	1	2
9.5-Indicação médica	1	2
9.6-Melhorar minha saúde	1	2
9.7-Outros. Qual/quais? _____	1	2

P.10- Indique-me a seguir, os esportes/atividades físicas que você gosta de praticar.

P.11– Habitualmente, com quem você faz atividade físico-esportiva?

	1-Sim	2-Não
14.1- A maior parte das vezes só	1	2
14.2- Com grupo de amigos/as ou companheiro de estudo	1	2
14.3- Com algum membro da família	1	2
14.4- Depende, algumas vezes só e outras em grupo	1	2
14.5- Outros. Qual/quais? _____	1	2

P.12–Na atualidade, quantas vezes e horas por dia costuma praticar atividade física até o ponto de suar? (marcar UMA SÓ OPÇÃO)

	± 15 min	± meia hora	± 1 hora	± 2 horas
12.1-Todos os dias				
12.2-Quatro a 6 vezes por semana				
12.3-Duas a 3 vezes por semana				
12.4-Uma vez por semana				
12.5-Uma vez ao mês				
12.6-Menos de 1 vez ao mês				

P.13-Fundamentalmente, como vc faz atividade físico-esportiva?

	1-Sim	2-Não
13.1-Na academia com orientação	1	2
13.2-Por minha conta	1	2
13.3-Como atividade de clube, associação, organização ou federação	1	2
13.4-Como atividade do centro de ensino ou de trabalho que estou	1	2
13.5-Outros. Qual/quais? _____	1	2

P.14- Você controla a intensidade do esforço quando pratica atividade física? (Depois de responder PASSAR PARA P. 23)

- () 1- Sim
- () 2- Não
- () 3- Algumas vezes

P.15-Se não pratica atividade física atualmente, em que grupo você se encontra?

- () 1. Antes praticava, agora não
- () 2. Nunca pratiquei (Passar a P.22)

SÓ RESPONDER OS QUE ANTES PRATICAVAM E AGORA NÃO

P.16-Das opções que aparecem abaixo, você poderia me dizer, por ordem de importância, 2 motivos que influenciaram na sua decisão de abandonar a prática de atividade física-esportiva (máximo DUAS RESPOSTAS)?

	Ordem de importância	
	1ª	2ª
16.1-Não tenho motivação	1	1
16.2-Não há instalações esportivas perto	2	2
16.3-O estudo ou o trabalho me exige demais	3	3
16.4-Não via benefício	4	4
16.5-Por preguiça e falta de vontade	5	5
16.6-Porque tenho excesso de peso	6	6
16.7-Deixei de gostar de fazer atividade física	7	7
16.8-Gosto dos passatempos inativos	8	8
16.9-Não consegui os objetivos desejados	9	9
16.10-Meu/minha namorado/a não gosta	10	10
16.11-Falta de apoio e estímulo	11	11
16.12-Por minha saúde	12	12
16.13-Falta de tempo livre	13	13
16.14-Falta de dinheiro	14	14
16.15-Outros. Qual/quais? _____	15	15

P.17–Indique-me a seguir os esportes/atividades físicas que você gostava de praticar

P.18– Habitualmente, com quem você fazia atividade físico-esportiva?

	1-Sim	2-Não
21.1-A maior parte das vezes só	1	2
21.2-Com grupo de amigos/as ou companheiro de estudo	1	2
21.3- Com algum membro da família	1	2
21.4-Depende, algumas vezes só e outras em grupo	1	2
21.5-Outros. Qual/quais? _____	1	2

P. 19- Quantas vezes e horas por dia costumava praticar atividade física até o ponto de suar? (marcar UMA SÓ OPÇÃO)

	± 15 min.	± meia hora	± 1 hora	± 2 horas
19.1-Todos os dias				
19.2-Quatro a 6 vezes por semana				
19.3-Duas a 3 vezes por semana				
19.4-Uma vez por semana				
19.5-Uma vez ao mês				
19.6-Menos de 1 vez ao mês				

P.20-Fundamentalmente, como você fazia atividade físico-esportiva?

	1-Sim	2-Não
20.1-Na academia, com orientação	1	2
20.2- Por minha conta	1	2
20.3-Como atividade de clube, associação, organização ou federação	1	2
20.4-Como atividade do centro de ensino ou de trabalho que estou	1	2
20.5-Outros. Qual/quais? _____	1	2

P.21- Você controlava a intensidade do esforço quando praticava atividade física? (Depois de responder PASSAR PARA P. 23)

- 1- Sim
- 2- Não
- 3- Algumas vezes

SÓ RESPONDER OS QUE NUNCA PRATICARAM

P.22- Das opções que aparecem abaixo, você poderia me dizer, por ordem de importância, 2 motivos que influenciaram na sua decisão de nunca ter praticado atividade física/esportiva (máximo DUAS RESPOSTAS)?

	Ordem de importância	
	1ª	2ª
22.1-Não gosto.....	1	1
22.2-Não vejo utilidade	2	2
22.3-Não tenho tempo	3	3
22.4-Por falta de instalações esportivas	4	4
22.5-Saio muito cansado do trabalho ou da escola	5	5
22.6-Por problemas de saúde	6	6
22.7-Por preguiça ou falta de vontade	7	7
22.8-Outros. Qual/quais? _____	8	8

PARA RESPONDER TODOS/AS

P.23-Quais são suas perspectivas futuras em relação a prática de atividade física?

P.24-Pensando na Educação Física no Ensino Médio (2º Grau), em que grupo você se encontrava?

- 1.Dispensado (doença, trabalho, noturno...)-Passar a P.28
- 2. Dispensado por praticar esporte na escola
- 3. Praticava Educação Física
- 4. Praticava atividade física fora da escola (clube, ginásio,..)

P.25-Com que frequência praticava Educação Física/ Esporte no Ensino Médio?

- 1.Uma a duas vezes por semana
- 2.Três vezes por semana
- 3.Quatro vezes por semana
- 4.Uma vez por semana, aula teórica
- 5.NS/NR (Não sei, Não responder)

P.26-Que lhe pareceram as aulas de Educação Física que você recebeu na escola durante o Ensino Médio (2º grau)?

- 1. Gostei muito
- 2. Gostei
- 3.Indiferente
- 4.Não gostei
- 5.Não gostei nada

P.27-Poderia me dizer se a Educação Física que você teve no Ensino Médio (2º Grau) tem alguma influência no seu hábito de vida atualmente?

- 1.Muita
- 2.Bastante
- 3.Pouca
- 4.Muito pouca
- 5.Nada

P.28-Quanto ao consumo de cigarro, em que grupo você se encontra?

- 1.Fumo atualmente
- 2.Antes fumava agora não (Passar a P. 31)
- 3.Nunca fumei (Passar a P. 31)

P.29-Se você fuma, por quanto tempo (total) o fez?

- 1.Menos de 1 ano
- 2.De 1 a 5 anos
- 3.De 6 a 10 anos
- 4.Mais de 10 anos

P.30-Quantos cigarros você fuma por dia?

- 1.Um a 5 cigarros/dia
- 2.Meia carteira diária
- 3.Uma carteira diária
- 4.Mais de uma carteira diária

P.31-Tomou bebida alcoólica alguma vez?

- 1.Sim
- 2.Não (Passar a P. 37)

P.32-Com que frequência você toma ou tomou bebida alcoólica?

- 1.Habitualmente (sem restrição de semana e fim de semana).
- 2.Nos fins de semana
- 3.Só em ocasiões especiais
- 4.Só durante uma temporada, mas agora não bebo (Passar para P.37)

P.33-Que quantidade de bebida alcoólica você costuma beber?

- 1.Muita
- 2.Bastante
- 3.Pouca
- 4.Muito pouca

P.34-Em total, há quanto tempo você bebe?

- 1.Menos de 1 ano
- 2.De 1 a 5 anos
- 3.De 6 a 10 anos
- 4.Mais de 10 anos

P.35 - Que tipo de bebida costuma beber? (marcar TODAS opções)

	Nunca	Ocasionalmente	Freqüentemente
<u>BEBIDAS</u>			
35.1-Cerveja	1	2	3
35.2-Whisks/Vodca/Rum/aguardente/Conhaque	1	2	3
35.3-Licores/martines/campare	1	2	3
35.4-Vinhos/champagne	1	2	3
35.5-Combinados	1	2	3
35.6-Outros/as	1	2	3

P.36 -Que quantidade de álcool costuma ingerir quando bebe? (marcar UMA SÓ opção)

- 1.De 1 a 3 copos
- 2.De 4 a 6 copos
- 3.De 7 a 10 copos
- 4.Mais de 10 copos

P.37 - Acredita que seu sono diário é suficiente?

- 1.Muito bom
- 2.Bom
- 3.Regular
- 4.Mal
- 5-Muito mal

P.38 - Acredita que sua alimentação diária é saudável?

- 1.Muito boa
- 2.Boa
- 3.Regular
- 4.Mal
- 5.Muito mal

P.39 - Como considera seu atual estado de saúde?

- 1.Muito bom
- 2.Bom
- 3.Regular
- 4.Mal
- 5.Muito mal

P.40- Como considera sua atual condição física?

- 1.Muito boa
- 2.Boa
- 3.Regular
- 4.Mal
- 5.Muito mal

P.41-Em sua opinião para ter saúde, quais são as 3 principais opções que você escolheria abaixo?
(Marque com um X suas 3 opções)

ATITUDES	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
41.1-Dormir bem	1	1	1
41.2-Praticar atividade física regularmente	2	2	2
41.3-Não consumir álcool	3	3	3
41.4-Não consumir cigarro	4	4	4
41.5-Manter uma alimentação saudável	5	5	5
41.6-Consumir moderadamente álcool	6	6	6
41.7-Não consumir drogas	7	7	7
41.8-Outros. Qual/quais? _____	8	8	8

P.42- Em sua opinião para ter um melhor rendimento no trabalho, quais são as 3 principais opções que você escolheria abaixo? (Marque com um X suas 3 opções)

ATITUDES	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
42.1-Não consumir álcool	1	1	1
42.2-Manter boa condição física	2	2	2
42.3-Não fumar	3	3	3

42.4-Ter bons contatos sociais	4	4	4
42.5-Ter uma alimentação saudável	5	5	5
42.6-Consumir moderadamente álcool	6	6	6
42.7-Dormir bem	7	7	7
42.8-Outros. Qual/quais? _____	8	8	8

P.43- Além das competencias técnicas, você poderia me dizer quais são as 3 principais opções que você escolheria abaixo como áreas de conhecimento que contribuem para formação educacional de um trabalhador? (Marque com um X suas 3 opções)

DISCIPLINAS	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
43.1-Filosofia	1	1	1
43.2-Língua estrangeira	2	2	2
43.3-Saúde	3	3	3
43.4-Investigação científica	4	4	4
43.5-Sociologia	5	5	5
43.6-Informática	6	6	6
43.7-Outros. Qual/quais? _____	7	7	7

P.44-Em sua opinião, quais são as 3 principais opções que você escolheria abaixo como medidas educacionais que contribuem para com um estilo de vida saudável? (Marque com um X suas 3 opções)

Medidas educacionais	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
44.1-Campanhas informativas nos meios de comunicação.	1	1	1
44.2-Palestras, seminários, encontros, na escola	2	2	2
44.3-Ter saúde no currículo escolar.	3	3	3
44.4-Campanhas educativas na comunidade (bairro, igreja, clube,)	4	4	4
44.5-Programas governamentais sobre saúde na comunidade	5	5	5
44.6-Programas práticos de atividade física para saúde	6	6	6
44.7-Outros. Qual/quais? _____	7	7	7

P.45- Pensando nas opções do lazer, na sua cidade existe alguma coisa que você gostaria que mudasse?

P.46- Ler atentamente cada uma das afirmações e contornar com um círculo o número que coincida com sua opinião, segundo a tabela que apresentamos abaixo: (É IMPORTANTE QUE SEJA VERDADEIRO, CASO NÃO SAIBA A RESPOSTA)

	De acordo	Em desacordo	Não Sei
EXEMPLO 1: O sol é quente e ilumina.	→ 1	2	3
EXEMPLO 2: O sol é frio e escurece o dia.	1	→ 2	3
1- Para que um joven ganhe força, a melhor atividade é a natação.	1	2	3
2- As partes da seção de Educación Física são: Aquecimento, alongamento e esporte.	1	2	3
3- A frequência cardíaca máxima teórica de un sujeito com 20 anos é de 50 pulsações por minuto.	1	2	3
4- Devemos fazer alongamento somente antes das atividades físicas intensas.	1	2	3
5- A melhor maneira de fazer abdominal é: flexionando os joelhos e levantando o tronco moderadamente (separar as escápulas do solo).	1	2	3
6- Saber as pulsações durante a atividade física é importante para conhecer a frequência com que respira.	1	2	3
7- Na musculação podemos fazer exercícios de resistência e força muscular.	1	2	3
8- Quando estas fazendo uma caminhada a respiração mais adecuada é a que inspira (toma ar pela boca) e expira (lança o ar) pelo nariz.	1	2	3
9-Para uma pessoa que está acima do peso, as atividades de resistencias aeróbicas moderadas são as ideais.	1	2	3
10- O suor que expelimos durante o exercício é queima de gordura.	1	2	3
11- A adequada posição da coluna vertebral depende fundamentalmente do desenvolvimento muscular do músculo quadríceps y abdominal.	1	2	3
12- Ginástica localizada é um bom exercício de resistência muscular.	1	2	3
13- As atividades muito intensas são as melhores para a saúde.	1	2	3
14- Os músculos e os ossos são componentes da composição corporal.	1	2	3
15- Se queremos melhorar a saúde as atividades aeróbicas moderadas são mais adequadas que as atividades aeróbicas intensas.	1	2	3
16- O ideal é fazer alongamento antes e depois do exercício.	1	2	3
17- Só necessita fazer abdominal quem tem muita barriga.	1	2	3
18- O alongamento antes da atividade física pode evitar lesões.	1	2	3
19- As atividades de relaxamento são adequadas para iniciar a atividade física como parte do aquecimento.	1	2	3
20- A resistencia aeróbica e a flexibilidade são componentes físicos mais importantes para a saúde que a velocidade e a agilidade.	1	2	3

MUITO OBRIGADA POR SUA COLABORAÇÃO!

UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEL DEPORTE
ESTUDIO SOBRE HABITOS DE VIDA DE LOS ALUMNOS DEL CEFET-PB-BRASIL
INVESTIGADORA : M^a Josély Gomes (e-mail: mjosely1@hotmail.com)

Hola. Estamos realizando una encuesta anónima desde la Facultad de Ciencia de la Actividad Física y Deporte de la Universidad de Granada-España. Esta encuesta pretende conocer la practica de las actividades físicas y su relación con los hábitos de vida sano de los alumnos de la Enseñanza Técnica del CEFET-PB. Esperamos que con los datos obtenidos en este estudio podamos contribuir en la mejora de la salud del estudiante de la Enseñanza Técnica. Por tanto, te rogaríamos que colaboraras con nosotros dedicándonos parte de tu tiempo para contestar unas preguntas relacionadas con el tema que nos ocupa. Muchas gracias por tu participación

FECHA: ___ / 11 / 2003 TURNO: M T N N°

Ciudad: _____ Sexo: 1.Mujer 2.Varón

P.1 – ¿Cuál es tu curso técnico?

- () 1- Electrónica
 () 2- Electrotécnica
 () 3- Mecánica
 () 4- Edificación
 () 5- Recursos naturales
 () 6- Electromecánica
 () 7- Informática

P.2 – ¿Podrías decir por favor cuál es tu edad?

- () 1- Hasta 20 años de edad
 () 2- Más 20 a 25 años
 () 3- Más 25 a 30 años
 () 4- Más de 30 años

P.3 – ¿Cuál es tu Estado Civil?

- () 1- Soltero
 () 2- Casado/ compañero sentimental
 () 3- Separado/ divorciado
 () 4- Viudo

P.4 – ¿En cuál de las siguientes situaciones te encuentras actualmente?

- () 1- Estudia
 () 2- Estudia y trabaja
 () 3- Busca su primer empleo
 () 4- Activo ocupado
 () 5- Activo parado
 () 6- Labores del hogar
 () 7- Jubilado/ pensionista
 () 8- Otros

P.5. - ¿Cuáles son los ingresos mensuales, que por todos los conceptos, entran en tu hogar?

_____ Reales

P.6 – ¿Qué estudios tienes concluido.?

- () 1- Enseñanza Media (2º Grado)
 () 2- Formación profesional
 () 3- Curso universitario
 () 4- Postgrado

P.7 – ¿En qué sueles emplear, en general, tu tiempo libre?

	1-SÍ	2-NO
1-Estar con a familia/con los amigos	1	2
2-Ir al cine/ al teatro/ a conciertos	1	2
3-Salir de excursión/ pasear	1	2
4-Ver la televisión/leer libros, revistas/oír la radio/escuchar música.....	1	2

5-Trabajar de voluntario	1	2
6-Hacer trabajos manuales/ ocuparse del jardín/ tocar algún instrumento	1	2
7-Viajar/hacer turismo	1	2
8-Ir a bares/ discotecas	1	2
9-Ir de compras	1	2
10-Hacer deporte	1	2
11-Ir a bailar	1	2
12-Estar con mi novio/a		
13- Otros. ¿Cuáles? _____	1	2

P.8- ¿ Respecto a la práctica de actividad física, ¿en cuál grupo te encuentras?

- () 1- Practico
 () 2- No practico (Pasar a P.15)

SÓLO CONTESTAR LOS QUE PRACTICAN

P.9 – ¿Cuáles son los motivos por los que practicas actividad física?

	1-SÍ	2-NO
1-Divertirme	1	2
2-Mejorar mi condición física	1	2
3-Mantener mi cuerpo en forma	1	2
4-Hacer nuevos amigos	1	2
5-Indicación médica	1	2
6-Mejorar mi salud	1	2
7-Otros. ¿Cuáles? _____	1	2

P.10 – Indícame a continuación los deportes/actividades físicas que gustas practicar.

P.11 – ¿Controlas la intensidad del esfuerzo cuándo practicas actividad física?

- () 1- Sí
 () 2- No
 () 3- Algunas veces

12- ¿En la actualidad, ¿ Cuántas veces y horas por día sueles practicar actividad física hasta el punto de sudar? (marcar UNA SOLA casilla)

	Alrededor de 15 minutos	Alrededor de media hora	Alrededor de 1 hora	Alrededor de 2 horas
Todos los días				
4 a 6 veces por semana				
2 a 3 veces por semana				
1 vez por semana				
1 vez al mes				
Menos de 1 vez al mes				

P.13- Fundamentalmente, ¿Cómo haces actividad físico-deportiva?

	1-SÍ	2-NO
1- En el gimnasio con orientación	1	2
2- Por mi cuenta	1	2
3- Como actividad de club, asociación, organización o federación	1	2
4- Como actividad del centro de enseñanza o de trabajo en el que estoy	1	2
5 Otros. ¿Cuáles? _____	1	2

P.14- Habitualmente, ¿Con quién haces actividad físico-deportiva?

	1-SÍ	2-NO
1- La mayor parte de las veces, sólo	1	2
2-Con grupo de amigos/as o compañero de estudio	1	2
3- Como algún miembro de la familia	1	2
4- Como actividad del centro de enseñanza o de trabajo en el que estoy	1	2
5- Depende, unas veces sólo y otras en grupo	1	2
6- Otros. ¿Cuáles? _____	1	2

P.15- ¿Si no practicas actividad física actualmente en que grupo te encuentras?

- () 1- Antes practicaba, ahora no
() 2- Nunca he practicado(Pasar a P.22)

P.16- ¿Podrías decirme de los motivos del abandono de la practica de actividad física/deportiva, que aparecen a continuación, por orden de importancia, los que influyeron en su decisión. (máximo DOS RESPUESTAS) ?

	Orden de importancia	
	1ª	2ª
No tengo motivación	1	2
No tenía instalaciones deportivas cerca	1	2
Los estudios o trabajo me exigían demasiado	1	2

No le vía beneficio	1	2
Por pereza o desgana	1	2
Exceso de peso	1	2
Dejó de gustarme hacer actividad físico-deportiva	1	2
Me gusta los pasatiempos inactivos	1	2
Baja esperanza de éxito	1	2
Por falta de instalaciones deportivas	1	2
No le gustaba a mi novio/a	1	2
Ejercicio sin supervisión	1	2
Falta de apoyo y estímulo	1	2
Por la salud	1	2
Falta de tiempo libre	1	2
Por falta de dinero	1	2
Otros.¿Cuáles? _____	1	2

SÓLO CONTESTAR LOS QUE ANTES PRACTICABAN Y AHORA NO

P.17 – Indícame a continuación los deportes/actividades físicas que gustabas practicar.

P.18-¿Controlabas la intensidad del esfuerzo cuando practicabas actividad física?

- () 1- Si
() 2- No
() 3- Algunas veces

P. 19 ¿ Cuántas veces y horas por día solías practicar actividad física hasta el punto de sudar? (marcar UNA SOLA casilla)

FRECUENCIA	Alrededor de 15 minutos	Alrededor de media hora	Alrededor de 1 hora	Alrededor de 2 horas
Todos los días				
4 a 6 veces por semana				
2 a 3 veces por semana				
1 vez por semana				
1 vez al mes				
Menos de 1 vez al mes				

P.20- Fundamentalmente, ¿Cómo hacías actividad físico-deportiva?

	1-SÍ	2-NO
1- En el gimnasio con orientación	1	2
2- Por mi cuenta	1	2
3- Como actividad de club, asociación, organización o federación	1	2
4- Como actividad del centro de enseñanza o de trabajo en el que estoy	1	2
5 Otros. ¿Cuáles? _____	1	2

P.21- Habitualmente, ¿Con quién hacías actividad físico-deportiva?

	1-SÍ	2-NO
1- La mayor parte de las veces, sólo	1	2
2-Con grupo de amigos/as o compañero de estudio	1	2
3- Como algún miembro de la familia	1	2
4- Como actividad del centro de enseñanza o de trabajo en el que estoy	1	2
5- Depende, unas veces sólo y otras en grupo	1	2
6- Otros. ¿Cuáles? _____	1	2

SÓLO CONTESTAR LOS QUE NUNCA PRACTICARAN

P.22- ¿Podrías decirme de los motivos de nunca tener practicado actividad física/deportiva, que aparecen a continuación, por orden de importancia, los que influyeron en su decisión? (máximo DOS RESPUESTAS)

	Orden de importancia	
	1ª	2ª
No me gusta	1	2
No le veo utilidad	1	2
No tengo tiempo	1	2
Por falta de instalaciones deportivas	1	2
Salgo muy cansado del trabajo o del estudio	1	2
Por problemas de salud	1	2
Por pereza o desgana	1	2
Otros. ¿Cuáles? _____		

PARA CONTESTAR TODOS/AS

P.23- ¿Cuáles son tus perspectivas futuras en relación con la practica actividad física?

P.24- Pensando en la Educación Física en la Enseñanza Media (2º grado), ¿en qué grupo te encontrabas?

- 1- Dispensado (enfermedad, trabajo, nocturno...)-Pasar a P.28.
- 2- Dispensado por practicar deporte en la escuela
- 3- Practicas Educación Física
- 4- Practicas AF fuera de la escuela (club, gimnasio,..)
- 5- NS/NC

P.25- ¿ Con qué frecuencia practicabas Educación Física o deporte en tu Enseñanza Media?

- 1- 1 a 2 veces por semana
- 2- 3 veces por semana
- 3- 4 veces por semana
- 4- 1 vez por semana, clase teórica
- 5- NS/NC

P.26- ¿Qué te parecieron las clases de educación física que recibiste en la escuela durante la Enseñanza Media (2º grado)?

- 1- Me gustaron mucho
- 2- Me gustaron
- 3- Ni me gustaron ni me disgustaron
- 4- Me disgustaron
- 5- No me gustaron en absoluto

P.27- ¿Podrías decirme si la Educación Física que tuviste en la Enseñanza Media (2º Grado) tiene alguna influencia en tu hábito de vida?

P.28 - ¿ Cuánto al consumo de tabaco en que grupo te encuentras?

- 1- Fumo actualmente
- 2- Antes umaba ahora no
- 3- Nunca he fumado (Pasar a P. 31)

P.29 -¿ En total cuánto tiempo has fumado?

- 1- Menos de 1 año
- 2- De 1 a 5 años
- 3- Más de 5 a 10 años
- 4- Más de 10 años

P.30 -¿En cuántos cigarrillos fumas o fumabas al día?

- 1- Uno a 5 cigarrillos/día
- 2- Una cajetilla diaria
- 3- - Una cajetilla diaria
- 4- - Más de una cajetilla diaria

P.31 -¿Has bebido alcohol alguna vez?

- 1- Sí
- 2- No (Pasar a P. 38)

P.32 -¿Con que frecuencia has bebido o bebes alcohol

- 1- Habitualmente (sin restricción de semana y final de semana).
- 2- Sólo durante una temporada, pero ahora no
- 3- En los fines de semana
- 4- Sólo en ocasiones especiales

P.33 -¿Qué cantidad de alcohol sueles beber?

- 1-Mucho
- 2-Bastante
- 3- Poco
- 4- Muy poco
- 5- Nada

P.34 - En total cuánto tiempo has bebido?

- 1- Menos de 1 año
- 2- De 1 a 5 años
- 3- Más de 5 a 10 años
- 4- Más de 10 años

P.35 - ¿ Qué tipo de bebida sueles beber? (marcar TODAS casillas)	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
Cerveza			
Whisks/Vodca/Rum			
Licores/martines/campare			
Vinos/cavas			
Combinados			
Otros/as			

P.36 -¿Qué cantidad de alcohol sueles ingerir cuando bebes? (marcar UNA SOLA casilla)

1 a 3 vasos	
Mas de 3 a 6 vasos	
Mas de 6 a 10 vasos	
Más de 10 vasos	
Nada	

P.37 -¿Crees que tu sueño diario es suficiente?

- 1-Muy bueno
- 2- Bueno
- 3- Regular
- 4- Malo
- 5- Muy malo

P.38 -¿ Crees que tu alimentación diaria es sana?

- () 1-Muy buena
 () 2- Buena
 () 3- Regular
 () 4- Mala
 () 5- Muy mala

P.39 - ¿Cómo consideras tu actual estado de salud?

- () 1-Muy bueno
 () 2- Bueno
 () 3- Regular
 () 4- Malo
 () 5- Muy malo

P.40-¿Cómo consideras tu actual condición física?

- () 1-Muy buena
 () 2- Buena
 () 3- Regular
 () 4- Malo
 () 5- Muy mala

P.41- ¿De las opciones abajo establecidas podrías decirme por favor en tu opinión cuáles son los 3 principales para tener salud?	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
Dormir bien	1	2	3
Practicar actividad física regularmente	1	2	3
No consumir alcohol	1	2	3
No consumir tabaco	1	2	3
Alimentación sana	1	2	3
Consumir moderadamente alcohol	1	2	3
Consumir moderadamente tabaco	1	2	3
No consumir drogas	1	2	3
Otros. ¿Cuáles? _____	1	2	3

P. 42- ¿De las opciones abajo establecidas podrías decirme por favor en opinión cuáles son los 3 principales para la formación educacional de un trabajador, además de las competencias técnicas?	1º Lugar	2º Lugar	3º Lugar
No consumir alcohol.	1	2	3
Mantener buena condición física.	1	2	3
No fumar.	1	2	3
Tener buenos contactos sociales.	1	2	3
Tener una alimentación sana.	1	2	3
Consumir moderadamente alcohol.	1	2	3
Dormir bien.	1	2	3
Otros. ¿Cuáles? _____	1	2	3

P.43 - ¿De las opciones abajo establecidas podrías decirme por favor en tu opinión cuáles son los 3 principales para la formación educacional de un trabajador, además de las competencias técnicas?	1º Lugar	2º Lugar	3ºLugar
Filosofía	1	2	3
Lengua extranjera	1	2	3
Salud	1	2	3
Investigación científica	1	2	3
Sociología	1	2	3
Informática	1	2	3
Otros. ¿Cuáles? _____	1	2	3

P.44- De las opciones abajo establecidas podrías decirme por favor en tu opinión cuáles son las 3 principales medidas educacionales para contribuir con un estilo de vida sano	1º Lugar	2º Lugar	3º lugar
Conferencias, seminarios, encuentros en la escuela.	1	2	3
Tener la salud como una competencia en el currículo.	1	2	3

Campañas educativas en la comunidad (barrio, iglesia, club,...).	1	2	3
Programas gubernamentales sobre salud en la comunidad.	1	2	3
Otros. ¿Cuáles? _____	1	2	3

P.45 - ¿ De las opciones abajo establecidas podrías decirme por favor en tu opinión cuáles son los 3 principales medidas en la área del ocio para?

P.46- Lee atentamente cada una de las afirmaciones y rodea con un círculo el número que coincida con tu opinión, según la tabla que presentamos abajo: (ES IMPORTANTE QUE SEAS VERDADERO, CASO NO SEPAS LA RESPUESTA)

	De acuerdo	En desacuerdo	No lo se
EXEMPLO 1: El sol es caliente e ilumina	1	2	3
EXEMPLO 2: El sol es frío y oscurece el día	1	2	3
1- Para que un joven haga ejercicios de fuerza muscular, la actividad es la natación i	1	2	3
2- Las partes de la sesión de Educación Física son: calentamiento, estiramiento y deporte.	1	2	3
3- La frecuencia cardiaca máxima teórica de un sujeto con 20 años es de 50 pulsaciones por minuto.	1	2	3
4- Debemos hacer estiramiento solamente antes de actividades físicas intensas.	1	2	3
5- La mejor manera de hacer abdominal es: flexionando las rodillas y levantando el tronco moderadamente(separar las escápulas del suelo	1	2	3
6- Saber las pulsaciones durante la actividad física se utiliza para: conocer a frecuencia con que respiramos	1	2	3
7- En la musculación podremos hacer ejercicios de resistencia y fuerza muscular..	1	2	3
8- Cuando estamos haciendo caminata la respiración más adecuada: es la que inspira (toma aire por la boca) y espira (echa el aire) por la nariz.	1	2	3
9- Para una persona que está con sobre peso, las actividades de resistencias aeróbica moderadas son las ideales	1	2	3
10- El sudor que expelimos durante el ejercicio es quema de grasas..	1	2	3
11- La adecuada posición de la columna vertebral depende fundamentalmente del desarrollo muscular del: músculo cuádriceps y abdominal..	1	2	3
12- Gimnasia localizada son buenos ejercicios de resistencia muscular.	1	2	3
13- Las actividades muy intensas son las mejores para la salud.	1	2	3
14- Los músculos y los huesos son componentes de la composición corporal.	1	2	3
15- Si queremos mejorar la salud las actividades aeróbicas moderadas son más adecuadas que las actividades aeróbicas intensas.	1	2	3
16- El ideal es hacer estiramiento antes y después del ejercicio.	1	2	3
17- Solo necesita hacer abdominales quien tiene mucha barriga.	1	2	3
18- El estiramiento antes de las actividades físicas puede evitar lesiones.	1	2	3
19- Las actividades de relajación son adecuadas para iniciar la actividad física como parte del calentamiento.	1	2	3
20 – La resistencia aeróbica y la movilidad articular son componentes físicos más importantes para la salud que la velocidad y la agilidad.	1	2	3

¡MUCHAS GRACIAS!