

LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES: LA ACTIVIDAD FÍSICO DEPORTIVA COMO CRITERIO DE SALUD

M^a del Rocío CRUZ DÍAZ
Universidad de Huelva

Resumen: Con el presente artículo, su autora ha pretendido realizar un estudio sistemático del concepto de salud y de las implicaciones que la actividad físico deportiva ejerce sobre el colectivo que conforman las personas mayores. Ante la tradicional concepción de salud, como estado físico y mental dirigido hacia la calidad de vida o vida saludable, nos introduce en los precedentes históricos, desde la cultura Griega hasta la actualidad, para desembocar en las diversas medidas de carácter político que, en materia de salud, han sido adoptadas en el ámbito nacional e internacional en los últimos años. Posteriormente, su interés se ha centrado en la relevancia de los factores psicosociales, en especial, con una población donde la práctica tradicional, cercana a la enfermedad, de paso a una concepción preventiva, consciente de las capacidades de la persona y su responsabilidad en el autocuidado. Serán, por último, la educación para la salud, en general, y las actividades físico deportivas, en particular, las que permitirán promover nuevos modelos de comportamiento ya que, reflexiona la autora, siempre podemos aprender a vivir mejor.

Abstract: In this paper, her author can be does research into a systematic study about of health's concept and implications that the physique-sports activity exerts about the collective of elderly person. In the presence of traditional health's concept as physique and mental state we goes towards in the capacity of life or healthy life. We can introduce in the historical precedents, from Greek culture until nowadays, for to result in several political's matters. These political's health matter have been adopted to national and international in the last time. Subsequently, we are interesting in the importance of psychosocial factors, speciality, in the population where the traditional method was based on illness. This method has been abandoned by a preventive conception. This conception is conscious of person's ability and its responsibility in self-sufficiency. Finally, the health's education, generally, and the physique-sports activity, specially, are permit to promote new manners of behavior because always we can learn to life better.

PRECEDENTES

Los términos calidad de vida, salud, bienestar..., son resultado de la interacción de múltiples factores que caracterizan a la sociedad contemporánea. Actualmente, predomina entre los estudiosos la idea de salud como estado un físico pero también, como quedará reflejado entre estas líneas, como un estado mental. Por ello, para poder ostentar de un estado saludable es necesario beneficiarse de prácticas que nos hagan disfrutar de una buena salud, tal y como tradicionalmente queda entendida, junto a una calidad de vida y al bienestar de la existencia.

La necesidad de modificar las mentalidades en torno a la concepción de la "promoción de salud" o vida saludable se ha convertido en inagotable fuente de discusión en nuestros días. Hemos de renovar la práctica de unas medidas de carácter curativo y reparador, por tanto centrada

en la enfermedad, y dirigir las hacia otras preventiva y consciente de las capacidades y necesidades de las personas, es decir, alrededor de una concepción en positivo de la salud. Debemos de tratar al hombre como un ser integral, en tanto que evoluciona de sano a enfermable, enfermo, sanal y mortal (Lain Entralgo, 1984). Por ello, el concepto de salud sólo desde una visión pluridisciplinar, reconociéndose la necesidad de la integración adecuada de todos los datos que nos posibilitan las diversas ciencias encomendadas al estudio del hombre: morfología y fisiología, sociología, psicología, pedagogía, antropología cultural y etología..., se verá en posición de dar respuesta a las necesidades del hombre actual en su medio social y en las mejores condiciones de "calidad de vida".

La sensación de "ser o tener hábitos saludables" evoluciona paralelamente a la cantidad y calidad de conocimiento que el hombre atesora de sí mismo y del entorno. Desde sus orígenes el ser humano toma conciencia de lo que representa la enfermedad, plasmada en su lucha constante contra los enigmas afecciosos. En las culturas más primitivas, la adaptación al medio desarrolló técnicas curativas centradas en atender cortes o contusiones, más cercanas a lo que denominamos como Primeros Auxilios, que a una conciencia real de curación. Las enfermedades eran inevitables y se "soportaban" hasta que desaparecían por sí mismas. Sólo la acción del "Chaman" que al queriendo curar, como se entendía que la enfermedad era causada por la magia o hechicería intervenía respondiendo con un nuevo daño a los causantes de ese mal, hombre o malos espíritus con el deseo de provocar la recuperación de la víctima.

La conceptualización sistematizada del concepto salud procede de Grecia. El término sal adopta una procedencia de raíz latina *salus-utis* haciendo referencia al funcionamiento adecuado de los aspectos psicobiológicos del hombre. Los griegos entendieron la salud como el equilibrio de las potencias y la mezcla proporcionada de las cualidades: el predominio de una de ellas causa la enfermedad entendida esta como un desequilibrio físico (Vernant, 1973). Hipócrates piensa que si la fuerza vital del paciente era lo bastante vigorosa se recuperaría y si no lo era, morir.

La civilización romana destacó especialmente en el campo de la salud pública. Las lúbricas disposiciones adoptadas para mantener la higiene de las ciudades y los habitantes no pudieron ser superadas durante muchos años (Inglis, 1968). Es sorprendente que el sistema principal desagües estuviere funcionando ya en el siglo VI a.c. Posteriormente, nos llegan los testimonios del uso de los acueductos para suministrar agua corriente y la accesibilidad de las personas a los baños públicos y al ejercicio físico. Sus esfuerzos por prevenir y controlar las enfermedades fue valiosamente reconocido. A pesar de ello, la estructura urbanística que el Imperio Romano adoptó en su última etapa hizo muy difícil evitar y controlar la aparición de las epidemias.

Alcanzada la Edad Media, la higiene fue abandonada y sustituida por la caridad asistencial. Las epidemias se extendían entre la población, especialmente por el incremento y la expansión de las rutas comerciales, las continuas cruzadas e invasiones entre los pueblos..., todo ello impensado y justificado por la mano de Dios que hace de la enfermedad el reflejo de su ira y el castigo de la humanidad. El aislamiento y las cuarentenas se constituyeron en la práctica sanitaria más extendida para luchar contra epidemias tan devastadoras.

A principios del siglo XX, la mortalidad infantil se convierte en el problema más acucioso. Asimismo, comienzan a señalarse los riesgos asociados al desarrollo laboral que la revolución industrial había propiciado. Fue a finales del siglo XIX, cuando Bismarck establece las primeras líneas de protección social que cubrirían algunos de los riesgos experimentados por los trabajadores, fundamentalmente accidentes. Estas primeras demandas se transformarán en la Seguridad

Social que actualmente conocemos. A lo largo de la segunda mitad de nuestro siglo y, en especial tras las dos guerras mundiales, los hábitos de la población comienzan a quedar determinados por el progreso y el confort social, alterando sensiblemente la ingestión de alimentos, e introduciendo un consumo elevado de sustancias aditivas. Se hace evidente el uso de mecanismos de control de la natalidad, al tiempo que un progresivo envejecimiento de la población junto al penoso subdesarrollo, con problemas de malnutrición y enfermedades infecto contagiosas, soportado en nuestros días por vastas poblaciones.

POLÍTICAS DE SALUD

Hasta los años cuarenta/cincuenta la salud fue considerada como ausencia de enfermedad. Las instituciones y organismos responsables de velar por la salud, individual o colectivamente considerada, adoptaron enfoques meramente reparadores ante los problemas sanitarios. Durante los años previos al segundo conflicto bélico (1939-1945), la sanidad pública empleaba sus recursos en la organización de campañas de lucha sanitaria ante los problemas considerados prioritarios, quedando relegados en un segundo plano todas aquellas actuaciones cercanas a la promoción de una buena salud e incluso de la prevención de las patologías. Esta concepción desembocaba en una medicina centrada en la asistencia sanitaria, reparadora, con un determinante protagonismo del personal médico, de los pacientes y de las acciones dirigidas hacia la acción curativa.

A partir de 1945 y, con la gestación de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), muchos países del tercio norte pusieron en marcha diversas acciones políticas en materia de salud dirigidas hacia la creación de Ministerios de Sanidad. La salud, según este organismo, quedó definida como "*un estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad e invalidez*" (Conferencia Internacional de New York, 1946). Ante la primera definición de salud que adopta un acercamiento de carácter positivo, los investigadores inician una observancia interdisciplinaria relacionando aspectos no sólo vinculados a las áreas físico-biológicas, sino también a los componentes mentales y sociales que puedan influir en la salud de las personas.

En España, las primeras declaraciones en política de salud no tuvieron lugar hasta 1977, año en el que se creara el primer Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, éste evolucionaría pasando a ser desde principios de los 80 el actual Ministerio de Sanidad y Consumo. A pesar del retraso en su instauración, los factores socioculturales, geográficos y especialmente las costumbres alimentarias, así como el progreso en las condiciones básicas de vida en nuestro país, explicitan un cuadro de indicadores sanitarios altamente positivo en comparación con las deficiencias del sistema sanitario.

En estrecha relación con la educación y siempre bajo las influencias de los factores socioculturales, la crisis del "concepto de salud" (años 40), y su repercusión sobre la enfermedad se manifestó en la insatisfacción de la población urbana ante los servicios sanitarios tradicionalistas dirigidos básicamente a la curación de enfermedades, ocupando un segundo plano de interés, cualquier medida de prevención y así como el coste económico que esta representaba y representa, fundamentalmente de la clínica especializada, consumidora de grandes presupuestos e incapaz de cubrir las necesidades sanitarias de toda la población (San Martín, 1982).

Los programas políticos preocupados por el mantenimiento del orden universal, necesariamente han de incrementar sus presupuestos en detrimento de la prevención, no sólo poblacional sino también ambiental, favoreciendo las partidas con el objeto de "solapar" agentes declarados perjudiciales para la salud, tales como: el riesgo constante de contaminación del medio, la disminución del presupuesto dedicado al sector de la salud, la aparición en la vida social de una latente amenaza bélica, junto a un miedo permanente entre las personas ante la producción de material radioactivo, gases y residuos tóxicos.

De esta forma, las medidas políticas vinculadas a la promoción de la salud solicitan apoyo de la educación para actuar sobre dos argumentos centrales: la importancia de instaurar acciones alternativas de promoción de salud desde la escuela, con la intención de modificar las actitudes y comportamientos de la población, aumentando sus recursos para hacer frente a problemas ambientales o de convivencia cotidiana y, la no menos preocupante, necesidad de controlar mediante campañas adecuadas, el consumo sanitario indiscriminado.

La respuesta vino dada mediante la denominada Educación Sanitaria cercana a la perspectiva médica y orientada hacia la prevención de enfermedades. La salud se revela en el mantenimiento o preservación o recuperación de la salud colectiva o ante la colectivización de la salud, ambos muy cercanos al concepto de salud pública. Mediante una metodología unilateral, específica del ámbito médico y centrada en grupos de riesgo, pretendía la promoción de estrategias que aminorasen los factores de riesgo de las enfermedades, la puesta en práctica de acciones de choque ante las consecuencias generadas por la enfermedad.

FACTORES PSICOSOCIALES DE LA SALUD

Los seres humanos somos esencialmente individuos sociales insertos en redes de relaciones inter e intra personales satisfactorias con aquellos que configuran nuestro entorno. Según los estudiosos, entre las personas que mantienen unas adecuadas relaciones sociales se detectan menos problemas de salud tanto psíquica como física. Es más, cuando tienen algún problema de salud están en posesión de mayores recursos para hacerles frente y su potencial de éxito es mucho mayor. Hablamos del concepto que Ovejero Bernal (1990), denomina como apoyo social.

Un aspecto especialmente destacable al reflexionar sobre la consideración socio cultural de los conceptos salud, calidad de vida o bienestar social y, que debe quedar enmarcado en las acciones sociales adecuadas, es decir, correctas y exentas de acumulación de bienes y excesivos medios –prescindibles en cualquier caso– hace referencia al confort. Para Camacho (1997) no debemos caer en asociaciones en las que el bienestar obedezca a un incremento desmesurado del consumo, o a situaciones de comodidad y de evasión.

Entre los elementos característicos del concepto salud los modelos ecologistas han marcado en los últimos años un profundo interés por la adaptación de la persona al medio y por su capacidad de ser diestros en sus funciones adaptados a ese medio. Estos factores delegan en la relevancia que gradualmente están recibiendo las estrategias de adaptación al entorno y las acciones dirigidas a la calidad de la vida comunitaria.

Es a partir de los años ochenta cuando asoma el abordaje conductual ante el estudio del concepto de salud. Serán los estilos de vida y los comportamientos de las personas los que, a través de su adaptación/desadaptación a los espacios sociales y culturales donde se desenvuelven

desarrollarán patologías cercanas a los frecuentes: accidentes vasculares, cirrosis, arterioesclerosis, úlceras, etc., que en las sociedades desarrolladas asociamos, sin dificultad, a factores de riesgo conductuales como la dieta alimenticia, el estrés, el tabaco, el alcohol, el sedentarismo... (Camacho, 1997). En la misma línea se posicionan Martínez, Morón y Hernández (1993) incidiendo en la importancia de la labor educativa entorno a la salud, al considerarla como una cuestión social y comunitaria.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La particular relación del ser humano con los estados de salud/enfermedad, tal y como hemos relacionado, se siente condicionada por su naturaleza sociocultural, hecho que le ha permitido transformar el medio ante sus necesidades. Esta capacidad adquiere una esencial relevancia en el contexto que nos ocupa mediante el uso y aplicación del proceso educativo.

En cualquier proceso de carácter educativo encontramos a un sujeto que aprende y a un profesional de la enseñanza que transmite su propio bagaje cultural, desde la concepción permanente y continua de la formación. De otro lado, encontramos los contenidos, métodos y evaluaciones del aprendizaje que forman parte del propio diseño curricular y, por último el sistema estructural, el espacio, el edificio..., las instalaciones que soportan la transmisión de los aprendizajes.

La Oficina Regional para Europa (O.M.S.), hizo público en 1985 un glosario de promoción de la salud en la que se consideraba la misma como un proceso de capacitación de las personas y de las comunidades para que incrementasen el control sobre los elementos determinantes de la salud, reforzando un estilo de vida saludable a nivel no sólo individual sino colectivo. Cada persona es responsable de su propia salud y, por tanto, debe ser responsable en su gestión y administración—técnicas de autocuidado—que debe ser favorecida por modelos de transformación holístico-ecológicos que generen cambios a nivel grupal.

Estos modelos hacen de una buena salud el resultado de un dinámico producto de variables socioeconómicas y políticas que, por un lado, pongan en marcha medidas de carácter social, legislativa, organizativa, cultural, etc., para alcanzar un estilo de vida más natural y, por otro, incrementen el espíritu crítico de los ciudadanos acentuando, a través de la participación social, la problemática de la salud.

La conceptualización de salud como marco de formación permanente nos permite abordar desde la educación para la salud¹ los factores físicos, psíquicos, sociales y culturales ante la adopción de planteamientos ecológicos, con el objeto de saber vivir en salud, teniendo en consideración no sólo la curación sino la prevención personal y colectiva (San Martín y Pastor, 1988).

Según Colom (1998), la educación para la salud es probablemente el primer desarrollo de la educación no formal reflejado no sólo en la ciencia pedagógica sino también en la sociedad. Ya hemos indicado al lector que las primeras experiencias desarrolladas en los países occidentales, incluido el nuestro, tuvieron lugar a finales del siglo XIX. Punto de partida entre las experiencias de educación para la salud fue el caso del higienismo social que influyó incluso en construcciones

¹ Al considerarse la salud como objeto de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como ausencia de enfermedad, se da paso a una concepción multidisciplinar que implica a profesionales de áreas tan diversas entre sí como la educación y los ámbitos socio-sanitarios, dando paso al tránsito de la educación sanitaria a la educación para la salud.

y edificaciones escolares y en la inclusión de prácticas pedagógicas, caso de la educación física. Las acciones comienzan a extenderse por instituciones municipales que desarrollan campañas profilácticas y de prevención tanto en el ámbito social o comunitario como en el ámbito escolar. Hoy en día, a la revitalización de estas prácticas se le ha denominado genéricamente Educación para la Salud. La evolución de los valores sanitarios en la sociedad con el objeto de alcanzar la tan preciada calidad de vida desemboca en la generación de múltiples cuestiones que relacionan la educación del hombre con su salud.

La Educación para la Salud como Tema Transversal del Sistema Educativo Español vincula, en ocasiones, con la Educación Sexual y/o la Educación para el Consumo. La transversalidad debe partir del concepto de humanización y del proyecto de vida y de sociedad que ofrece en su conjunto, pues se complementan y apoyan mutuamente. Su trascendencia del estricto marco curricular, impregnando todas las actividades de los centros, permite mantener una estrecha relación con la transmisión de valores a través del currículum oculto, aspectos que facilitan la mejora en la calidad de vida de las personas. Los rápidos y continuos cambios se presentan con nuevos retos y oportunidades con las que desarrollar la promoción para la salud. El mantenimiento de la salud puede y debe ser objeto de aprendizaje. Por tanto, hacer que el hombre, mediante la educación recibida, sea pieza fundamental de su propia salud hace perentorio reivindicar "el proceso informativo, motivador y participativo de la población". Representando todo ello "una combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta que conduzca a la salud" (Green, 1984).

LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES: VINCULACIÓN CON LA ACTIVIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS

En las sociedades occidentales admitimos la engañosa concepción que determina el proceso de maduración y envejecimiento a un proceso paralelo de recesión de las funciones fisiológicas al deterioro de la capacidad articular y muscular, en definitiva, a las limitaciones corporales acompañadas de factores psicológico-ambientales. En nuestra opinión, las personas en su proceso de maduración y envejecimiento pueden mantener una buena calidad de vida si se aprende a cuidar del propio cuerpo, el objeto consistiría en "envejecer en salud". De acuerdo con Álvarez del Palacio (1995), lo que en realidad interesa es promover, formar, crear nuevos ámbitos de vida, nuevos modelos de comportamiento, porque siempre, en todas las edades, se puede aprender a vivir mejor.

En nuestra sociedad se recoge una evidente corriente favorable a la práctica del ejercicio físico. La dinámica oferta/demanda de información generalizada en torno a la práctica de la actividad física de carácter regular y estable nos es indicador de un posible incremento en la calidad de vida, ayudando a mejorar la salud física y psicológica. Una práctica regularizada contribuye a instaurar estilos de vida más saludables y a reducir o eliminar factores de riesgo asociados a una escasa actividad o al sedentarismo (Dishman, Sallis y Orestein, 1985). Actualmente, el acuerdo es unánime al reconocer el sedentarismo como una de las características definitorias de nuestra sociedad. Las evidencias constatan una estrecha relación entre la falta de actividad física y el preocupante incremento de trastornos y enfermedades, algunas causantes de altos niveles de invalidez.

o muerte en los países occidentales. Trastornos tales como los cardiovasculares, entre las que se encuentran enfermedades coronarias del tipo hipertensión; problemas de tipo osteoarticular, tales como la osteoporosis, o las debidas a deformaciones del raquis (posturales); así como la diabetes mellitus entre otras.

El incremento desmedido de la contaminación ambiental, el desequilibrio térmico materializado en el efecto invernadero, junto a la creciente actividad consumidora de las personas, generan entre otras, el denominado síndrome de tensión urbana, que conlleva una serie de alteraciones –irritaciones oculares, trastornos broncopulmonares, asma, enfisemas, úlceras, gastritis, junto a desequilibrios nerviosos provocados por las tensiones de la vida diaria y por los ruidos–, desembocando en una pérdida en la calidad de vida de las personas.

Desde la perspectiva de la educación para personas mayores y con objeto de facilitar la adopción de hábitos de vida saludables que mejoren la calidad de vida, tanto de los adultos como de la población general, la actividad físico deportiva se incorpora como instrumento de formación dentro de la Educación para la Salud. Estos programas de formación, en su más amplia consideración podrían formar parte de la actividad de cualquier centro de educación de personas adultas donde, junto a la adaptación a las demandas sociales, la estabilidad afectiva, la preparación para la jubilación..., entre otros aspectos, donde se defienda la conveniencia de óptimos niveles de salud, que como elemento predictor de geroprofilaxis, resulta indispensable entre este grupo poblacional.

En este sentido, la prescripción de un ejercicio físico adecuado y su adaptación a las necesidades propias de cada grupo poblacional (entrando en valoraciones de aspectos tales como: nivel de actividad o sedentarismo, factores de riesgo, hábitos poco saludables, elementos motivadores, etc.), son elementos determinantes al intentar desarrollar programas de actividad física con mayores (Rejeski y Thompson, 1993). De nuevo, debemos referirnos a la O.M.S. como organismo internacional que ya desde su Carta Fundacional en 1948, mantiene constante la línea de "alcanzar la salud para todos en el año 2000". Siguiendo a Martín García (1997), *"el enfoque de salud desarrollado debe combinar planteamientos tanto de modelos informativos como formativos, conectados con la comunidad, de modo que favorezcan la participación e integración de los adultos en su propia realidad social, así como el compromiso e implicación de ésta en la promoción sanitaria"*.

Durante el proceso de envejecimiento se producen alteraciones fisiológicas y cognitivas que pueden llegar a limitar la capacidad física y psicológica del individuo (Parreño, 1995). Los contenidos a abordar, desde la Educación para la Salud, pueden señalarse con relación a diversos aspectos físico-biológicos, psicológicos y sociales del tipo: epidemiología poblacional; factores de riesgo y hábitos sociales saludables; trastornos y cambios físicos; programas de atención y cuidado; servicios sanitarios y de atención; salud y redes de apoyo formal e informal; efectos de la jubilación y cesación de actividad laboral en la salud; predictores de adaptación a la jubilación; salud y variables psicológicas, deterioro cognitivo, cambios de comportamiento y alteraciones afectivas; programas de psicomotricidad y de mantenimiento físico; etc.

Los estudios interesados por la actividad física en mayores han desarrollado programas de actividad física específicos para personas mayores centrados en mejorar la funcionalidad de los sistemas fisiológicos más afectados por el envejecimiento. Concretamente, los trabajos de investigación realizados por los autores Powell y otros (en Plasencia y Bolibar, 1989), concluyen

que la generalidad de los problemas de salud pueden verse relacionados con la práctica gradual de la actividad física. En la mayoría de las afecciones relacionadas con enfermedades coronarias se establece una vinculación significativa y gradual entre la actividad física y el riesgo de manifestarlas. Respecto a las alteraciones de la tensión, especialmente con la hipertensión, aunque no queda bien determinado si el mecanismo de actuación es directo o indirecto, el conjunto de estudios sugiere la posibilidad que la actividad física habitual y la forma física reduzcan el riesgo de hipertensión. Se han observado efectos beneficiosos sobre el sistema cardiovascular con mejora del rendimiento e incremento en las contracciones del músculo cardíaco (Blumenthal y Emery, 1989 en Parreño, 1995). Los efectos sobre el sistema respiratorio también han sido positivos si los vinculamos con aumentos en la condición aeróbica o resistencia cardiorespiratoria e incrementos en la oxigenación de los tejidos (Wolinsky, 1995).

El mantenimiento del aparato locomotor ha demostrado la eficacia de la práctica de actividad física aumentando la flexibilidad, la fuerza, el equilibrio y mejorando el control postural (Mills, 1994; Raab et al., 1988), contribuyendo a la notable mejora de las actividades de la vida diaria (Activities of daily living ADL), facilitando la independencia en las tareas cotidianas y disminuyendo el riesgo de caídas y accidentes. Con la osteoporosis, y en general con trastornos crónicos como el mencionado y la artritis reumatoide, existen discrepancias, algunos estudios han señalado partes de fracturas con menor incidencia en poblaciones activas apreciando cierta relación entre la actividad física y la densidad del hueso. En personas mayores, la pérdida de densidad ósea se retrasaría entre aquellos que siguen un programa regular de actividad física, con un aumento en la capacidad física en general y una disminución del dolor (Bravo et al., 1996).

Acerca de la diabetes, los trabajos realizados con enfermos diabéticos insulino-dependiente indican que el ejercicio puede reducir los niveles de glucosa en sangre y aumentar los receptores de la insulina, sin embargo, es aventurado afirmar que existan evidencias donde el incremento de la actividad física pueda tener consecuencias no adversas en enfermos diabéticos de un u otro tipo.

La práctica de un ejercicio físico moderado se ha evidenciado altamente eficaz ante la reducción de los trastornos del sueño en este grupo de edad, mejorando la valoración subjetiva de la calidad del sueño y de la duración del mismo (King et al., 1997).

El elemento negativo de la práctica deportiva debe considerarse ante los riesgos del ejercicio físico intenso realizado de forma compulsiva e irregular. Riesgos que pueden ocasionar lesiones de diverso tipo y grado, ya sean musculares u osteo-articulares, bastantes frecuentes entre los individuos de mayor edad, o cardiovasculares, más esporádicas pero mucho más peligrosas.

Así mismo, los efectos beneficiosos a corto y medio plazo de la actividad física es probablemente siguiendo a De Gracia, (1997), más importantes a nivel psicológico que físico, especialmente teniendo presente que éste es un factor determinante en el grado de adherencia y estabilidad

² Los trabajos en torno a la práctica de la actividad física en personas mayores ha sido un importante centro de interés entre los investigadores y su vinculación con el movimiento y los problemas en los huesos han centrado el objeto de estudio de autores y obras tales como: DAVIS, G. C.; CORTEZ, C. y RUBIN, B.R. (1990): "Pain management in the older adult with rheumatoid arthritis or osteoarthritis". *Arthritis Care and Research* 3 (3): 127-131. ETTINGER, W.H. AFABLE, R.F. (1994): "Physical disability from knee osteoarthritis: The role of exercise as an intervention". *Medicine and Science in Sports and Exercise* 26(12):1435-1440. DE GRACIA, M.; MARCÓ, M.; GARRE J. (1999): "Valoración de los beneficios psicológicos del ejercicio físico en personas mayores". *Educación Física y Deportes* (57): 46-54.

a los programas de ejercicio físico prescritos (Sheldan, 1993), ya sean de mantenimiento y mejora funcional, o como indicación en trastornos propios de la vejez o agravados por ella. El incremento de los trastornos mentales derivados de los efectos de los modernos estilos de vida—estrés, soledad, depresión, ansiedad, drogadicción...— está comenzando a ser tema prioritario en el sector de la Salud Pública. Tanto para las alteraciones mentales cercanas a la depresión como a la ansiedad no existen aún resultados acordes. De otro lado, en estudios con sujetos de mediana edad, queda reflejada una vinculación positiva entre la práctica del ejercicio físico y la mejora de la autoestima junto a estados emocionales positivos que incrementan el bienestar psicológico del individuo reduciendo la ansiedad o el estrés, y mejorando el funcionamiento cognitivo (Wills y Campbell, 1992). Una menor distensión psicológica y un mayor bienestar psicológico durante la práctica de actividad física se relacionan con una mayor percepción de la autoeficacia valorada con posterioridad al ejercicio, aspecto especialmente importante en personas mayores que alcanzan un alto grado de adherencia a los programas de ejercicio físico (Emery y Blumental, 1990).

Por contra, el cuerdo es unánime al plantear una vinculación clara entre la actividad física y el consumo de algunas drogas, tanto desde el punto de vista preventivo como paliativo, de deshabituación y prevención de recaídas. Así el ejercicio físico ha resultado ser un eficaz coadyuvante para combatir la dependencia del tabaco.

Por último, señalar ciertas situaciones de orden social que se adscriben a las sociedades actuales comenzando a manifestar problemáticas que podrían ser abordadas desde el ámbito de la Educación Física. Ante la mayor disposición de tiempo libre, y a sea por motivos de reducción de la jornada laboral, jubilación anticipada o por situaciones de desempleo, nos resulta razonable promover la planificación de este tiempo de ocio permitiendo que contribuya a una mejor calidad de vida.

ANTE UNA SALUDABLE CALIDAD DE VIDA

Analizar la evolución, permanencia o aceleración de los cambios, de la Educación para la salud, no es el objeto central de nuestro trabajo. Sin embargo, ha sido reflejo de nuestro interés acercarnos al ámbito de la educación, en creciente relevancia, por los determinantes factores socio culturales que desarrollan los avances tecnológicos y los cambios sociales. La búsqueda del bienestar y la calidad de vida se definen en una sociedad evolucionada de rural a urbana, de agrícola a industrial, con crónicos problemas de empleo, que sufre de una grave alteración en sus estructuras familiares y con evidentes carencias de identificación personal y grupal determinantes de intransigencias, hábitos insalubres y cuadros ansioso-depresivos.

A lo largo del documento quedan reflejados aquellos aspectos que, sujetos a la propia opinión y experiencia de los autores y por tanto, en cualquier caso criticable, permiten contextualizar, o al menos así se ha pretendido, el concepto de salud dentro del marco que nos ofrece una adecuada calidad de vida. Cómo se refleja en la sociedad actual y de qué forma la educación es solicitada instrumento de mejora de nuestra propia vida, se convierte en elementos básicos de análisis. El acercamiento desde el punto de vista de la medicina y la sanidad resulta coherente con la defensa de un principio integral de desarrollo del ser humano. La persona debe ser entendida

globalmente y por tanto atendida desde concepciones multidisciplinarias que le permitan "se persona biológica, psicológica, social y educativamente adaptada.

Será la mirada atrás, hacia la evolución histórica de las necesidades de las personas a su concepto de vida sana, de buena salud, de bienestar y calidad de vida, la que nos permita reflexionar sobre el porqué de la evolución sanitaria hacia un modelo ecológico, interdisciplinario y social, donde sólo ante una cuidada transmisión de valores centrados en el autocuidado y prevención nos permitirá disfrutar una longeva calidad de vida.

El tratamiento no formal de la educación, que nos permite hacer extensible a las instituciones sociales exponer los conocimientos principalmente de tipo conceptual o procedimental, generalmente científico o técnico, impartido en las escuelas, se ha constituido pilar de la concepción educativa continua y permanente por la que se considera a la persona potencialmente educable y, por ende, con capacidad de transformación tanto individual como social. La consideración de la formación en las personas mayores y especialmente, las prácticas de salud, se asoman a una sociedad que evoluciona con prisas y sin facilidades. La promoción de la salud ha permitido la intervención sobre el medio reforzando paralelamente factores que dan lugar a un estilo de vida saludable favoreciendo las tareas de elaboración y puesta en práctica de programas donde los componentes educativos resultan significativamente relevantes. Pero, para ello es necesario concienciar a la población de la necesidad de disponer de un buen nivel de información, básica para el desarrollo y la promoción personal y social de la salud.

Posicionados ante la concepción de la promoción de la salud, el uso de la actividad física como recurso educativo facilita la difusión y aceptación gradual de una valoración importante para la salud no sólo biológica –prevención de determinadas patologías–, sino también social –conservación del medio ambiente y calidad de vida–. Los beneficios de la práctica de la actividad física sobre la salud corporal, mental y social de los individuos tienen más un carácter preventivo siendo limitado su potencial terapéutico. Como consecuencia, huelga decir que el objeto prioritario de la educación física, como mecanismo de promoción de salud fundamentalmente en personas mayores, debe dirigirse al desarrollo de actitudes que promueva una práctica de actividad físico-deportiva de forma dosificada y regular. La práctica de actividades físico-deportivas puede suponer una excelente forma de ocupar y aprovechar, atendiendo a nuestras posibilidades, los espacios culturales y de difusión educativa.

El papel que la educación física, desde la formación de personas adultas, puede y debe desempeñar gira, según nuestra opinión, en torno a una doble dimensión: de un lado, atendiendo a las necesidades más inmediatas de las personas, necesidades motrices, afectivas y cognitivas que tienen aquí y ahora, las personas que demandan formación. Ello supondría la selección de los contenidos –adaptados a las características evolutivas, motrices, intereses socioafectivos... desde una perspectiva motivante y significativa para esos alumnos. De otro lado, de forma concomitante, adoptar una perspectiva de futuro que dote de un bagaje de conocimientos, destrezas y actitudes que propicie y contribuya a la mejor calidad de vida personal, y por tanto de unos mayores niveles de bienestar social bajo la consideración de un proyecto global para la promoción y educación para la salud introduciendo cambios estructurales que recojan el compromiso del conjunto de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ, E. (1995): "Ejercicio físico y salud: modelo didáctico para la elaboración de un programa para adultos y tercera edad". En MORÓN, J.A. (Dir.): *Educación para la salud. Un reto para todos*. Sevilla, Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas. Págs. 292-300.
- AMOLD, P.J. (1991): *Educación Física, movimiento y currículum*. Madrid, Morata.
- ARIZA, C. (1992): "Salud: concepto e implicaciones en la educación". En *Apuntes de Educación*, 4. Págs. 1-5.
- BRAVO, G.; GAUTHIER, P.; ROY, P.M.; PAYETTE, H.; GAULIN, P.; HARVEY, M.; PELOQUIN, L.; DUBOIS, M.F. (1996): "Impact of a 12-month exercise program on the physical and psychological health of osteopenic women". En *Journal of the American Geriatrics Society*, 44 (7). Págs. 756-62.
- CAMACHO, A. (1997): "La formación de las personas adultas en el ámbito de la educación para la salud". En *Cuestiones Pedagógicas*. N° 13. Págs. 214-224.
- COLOM, A.J. (1998): "Educación para la salud". En SARRAMONA, J.; VÁZQUEZ, G. y COLM, A.J.: *Educación no formal*. Barcelona, Ariel.
- DAVIS, G.C.; CORTEZ, C. y RUBIN, B.R. (1990): "Pain management in the older adult with rheumatoid arthritis or osteoarthritis". En *Arthritis Care and Research*, 3 (3). Págs. 127-131.
- DE GRACIA, M.; MARCÓ, M.; GARREJ, (1999): "Valoración de los beneficios psicológicos del ejercicio físico en personas mayores". En *Educación Física y Deportes* (57). Págs. 46-54.
- DE GRACIA, M.; MARCÓ, M. (1997): "Adaptación y validación factorial de la "Subjective Exercise Experiences Scale (SEES)". En *Revista de Psicología del Deporte*, 11. Págs. 59-68.
- DE LA FUENTE, M. (1997): "Respuesta inmunológica y ejercicio en el envejecimiento". En Actas III Conferencia Internacional EGREPA. Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid.
- DISHMAN, R.K.; SALLIS, F. y ORENSTEIN, D.R. (1985): "The determinants of physical activity and exercise". En *Public Health Reports*, 100 (2). Págs. 158-172.
- EMERY, C.F. y BLUMENTHAL, J.A. (1990): "Perceived changes among participants in an exercise program for older adults". En *Gerontologist*, 30 (4). Págs. 516-521.
- ETTINGER, W.H. y AFABLE, R.F. (1994): "Physical disability from knee osteoarthritis: The role of exercise as an intervention". En *Medicine and Science in Sports and Exercise* 26 (12). Págs. 1435-1440.
- GREEN, W.H. y SIMONSMORTON B.G. (1984): *Educación para la salud*. México, Interamericana.
- INGLIS, B. (1968): *Historia de la medicina*. Grijalbo, Barcelona.
- JUNTA DE ANDALUCÍA (1986): *Glosario de promoción de la salud*. Sevilla, Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- KING, A.C.; OMAN, R.F.; BRASSINGTON, G.S.; BLIWISE, D.L.; HASKELL, W.L. (1997): "Moderate-intensity exercise and self-rated quality of sleep in older adults. A randomized controlled trial". En *JAMA*, 277 (1). Págs. 32-7.
- LAIN ENTRALGO, P. (1984): "Los saberes médicos: una reflexión sobre el hombre, su forma de ser y de enfermar". En *Tribuna médica*. 1059.
- MARTÍN GARCÍA, A.V. (1997): "Jubilación y educación de adultos". En GARCÍA CARRASCO, J.: *Educación de adultos*. Barcelona, Ariel.
- MARTÍNEZ, E.; MORÓN, J.A.; HERNÁNDEZ, M. (1993): "Educación para la salud en la prevención de accidentes en la infancia". En *Higiéa*. N° 26. Sevilla, Colegio de Enfermería. Págs. 34-35.

- MILLS, E.M. (1994): "The effect of low-intensity aerobic exercise on muscle strength, flexibility and balance among sedentary elderly persons". En *Nursing Research*, 43 (4). Págs. 207-211.
- MORÓN MARCHENA, J.A. (Dir.) (1997): *Salud, Educación y Sociedad*. Sevilla, Ayuntamiento de Do Hermanas-Diputación de Sevilla.
- MORÓN MARCHENA, J.A. (1997): "Educación para la salud, innovación y cambio ante los nuevos retos sociales". En *Cuestiones Pedagógicas*. Nº 13. Págs. 85-99.
- O.M.S. (1981): *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Ginebra, O.M.S.
- OVEJERO BERNAL, A. (1990): "Apoyo social y salud". En BARRIGA, S.; LEÓN, J.M.; MARTÍNEZ, M.F.; JIMÉNEZ DECISNEROS, I. (Dir.): *Psicología de la salud. Aportaciones desde la psicología social*. Sevilla, SEDAL. Págs. 103-134.
- PARREÑO, J.R. (1995): "Actividad física y salud". En *Revista Española Geriatria-Gerontológica*, 30(1) Págs. 49-57.
- PLASENCIA, A. y BOLIBAR, I. (1989): *Actividad física y salud*. Barcelona, Ayuntamiento de Barcelona. Área de Salud Pública.
- REJESKI, W.J., y THOMPSON, A. (1993): "Historical and conceptual roots of Exercise Psychology". En SERAGANIAN, P. (Ed.). *Exercise Psychology: The influence of Physical Exercise on Psychological Process*. New York, John Wiley. Págs. 3-38.
- RODRÍGUEZ, F.A. (1995): "Prescripción de ejercicio y actividad física en personas sanas". En *Atención Primaria*, 15(3). Págs. 190-401.
- SAN MARTÍN, H. (1982): *La crisis mundial de la salud*. Madrid, Narcea.
- SAN MARTÍN, H.; PASTOR, V. (1988): *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid, Díaz de Santos.
- SERRANO GONZÁLEZ, M. I. (1989): *Educación para la salud y participación comunitaria*. Madrid, Díaz de Santos.
- SHELDAHL, L.M.; TRISTANI, F.E.; HASTINGS, J.E. y WENZLER, R.B. (1993): "Comparison of adaptations and compliance to exercise training between middle-aged and older men". En *Journal of the American Geriatrics Society*, 41 (8). Págs. 795-801.
- VELÁZQUEZ, R. (1996): "Actividad físico-deportiva y calidad de vida: una respuesta educativa". En *Revista Española de Educación Física y Deportes*. Vol. 3, Nº 2. Págs. 4-13.
- VERNANT, J.PL. (1973): *Mito y pensamiento en la Grecia Antigua*. Barcelona, Grijalbo.
- WILLIS, J.D.; CAMPBELL, L.F. (1992): *Exercise Psychology*. Champaign, Illinois, Human Kinetics.
- WOLINSKY, F.D.; STUMP, T.E. y CLARK, D.O. (1995): "Antecedents and consequences of physical activity and exercise among older adults". En *Gerontologist*, 35 (4). Págs. 451-462.