

Belén de Andrés García,*
Pilar Aznar Minguet,**

**Lda. en Ciencias de la Educación y tesinada en el
Departamento de Teoría de la Educación de la
Universidad de Valencia.*

***Prof. Titular del Departamento de Teoría de la
Educación de la Universidad de Valencia.*

ACTIVIDAD FÍSICA, DEPORTE Y SALUD: FACTORES MOTIVACIONALES Y AXIOLÓGICOS

Resumen

La concepción contemporánea de la actividad física y deportiva nos ha llevado a considerar:

En primer lugar el nuevo enfoque en el modelo de salud, que trata de interrelacionar los problemas de la salud con los hábitos de vida más o menos nocivos, entendiendo al sujeto como agente generador y controlador de su propia salud; interesándonos por el lugar que en éste ámbito ocupa la actividad física y deportiva desde una perspectiva preventiva.

En segundo lugar hemos creído oportuno subrayar la importancia de trasladar la naturaleza de la motivación y su desarrollo a los programas deportivos; para así, poder flexibilizarlos atendiendo al objeto de potenciar una práctica deportiva saludable en la población.

Y finalmente también hemos considerado que el análisis social del deporte contemporáneo también viene representado por su dimensión axiológica.

Palabras clave: motivación en programas deportivos, *fair-play*, *physical fitness*.

Actividad física, deporte y salud

Desde principios de siglo, la evolución del modelo de enfermedad ha ido cambiando siendo de carácter degenerativo producido por la acción de diversos factores asociados con los hábitos de vida. Ya en 1976, el entonces ministro de Sanidad de Canadá, Marc Lalonde, publicó un informe gubernamental en el que se resaltaba el hecho de que gran parte de las muertes prematuras y de las incapacidades que ocurrían en Canadá eran previsibles; señalando el comienzo de los esfuerzos por redescubrir la sanidad en los países más desarrollados.

En esta línea numerosos teóricos y responsables de departamentos de salud y educación vienen trabajando desde hace casi dos décadas con el propósito de interrelacionar los hábitos de vida nocivos de la población y sus consecuentes problemas de salud. (Department of Health, Education and Welfare, 1977; Wynder, E.L. 1975; Mann, G.V. 1977; D.H.H.S. 1980, 1986; W.H.O., 1986; A.C.S.M., 1978.) Esta evolución nos lleva a un cambio de óptica y nuevos replanteamientos desde el sistema social, donde se potencia la necesidad de crear un nuevo movimiento sanitario para abordar los problemas de salud de finales de siglo XX, que ha encontrado su expresión en la OMS y su estrategia de promoción

de salud para todos en el año 2000 (OMS, 1981).

De acuerdo con esta estrategia la tarea a realizar consiste en que todos los habitantes de todos los países alcancen el nivel de salud adecuado para que trabajen productivamente y participen activamente en la vida social de la comunidad en que viven. Desde esta perspectiva, la promoción para la salud es un medio encaminado a capacitar a la población para controlar y mejorar la salud.

Dentro de este marco de actuación la mayor acción internacional se dio en el año 1986, en la 1ª Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud, reunida en Ottawa, Canadá (1). En dicha conferencia se presentaba una carta de acción para alcanzar la salud para todos en el año 2000. Las discusiones se centraron en las necesidades de los países industriales, aunque también tuvieron en cuenta las preocupaciones similares de otras regiones. Se trabajó en base al progreso conseguido a través de la declaración sobre atención primaria de salud en Alma-Ata, el documento de metas de la OMS sobre Salud para Todos y el debate sobre acción intersectorial para la salud, en el marco de la asamblea Mundial de la Salud; entre sus áreas básicas de actuación se encontraron: nutrición, actividad física y formación física, tabaco y alcohol, planificación familiar, salud mental, conductas violentas, programas educati-

vos para la protección de la salud, seguridad ocupacional, salud ambiental, salud y fármacos, servicios preventivos, salud materno infantil, cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas, sida... (OMS, 1987). Más específicas fueron las recomendaciones establecidas por el Department of Health and Human Services (D.H.H.S., 1980), inicialmente propusieron un conjunto de 223 objetivos saludables para la nación a conseguir en la década de los años noventa, entre los cuales se citaban 11 relacionados con la actividad física y el ejercicio; numerosos autores desarrollaron revisiones en torno a los mismos revelando un variado modelo de resultados. (DHHS 1980, Dishman, R.K. and Dunn, A.L., 1988; Powell et al 1986); Por ello se advierte la necesidad de seguir trabajando en el ámbito, ya que numerosos estamentos sociales se verían beneficiados por el incremento de niveles de actividad física saludable (Powell, K.E. 1988). Desde otros estudios se valoró la extensión de éstas 11 a 36 metas, ampliando el marco al año 2000 (D.H.H.S., 1986).

Entre sus áreas de actuación nosotros haremos hincapié en las que atienden a la prevención de factores de riesgo en el área de la actividad física (Biddle, S.J.H. and Mutne, N. 1991):

- Incrementar la actividad física moderada diariamente.
- Incrementar la forma física cardio-respiratoria.
- Reducir estilos de vida sedentarios.
- Incrementar la fuerza, resistencia y la flexibilidad muscular.
- Mejora en la dieta y la actividad física en las personas con exceso de peso.

A nivel de servicios y protección:

- Aumentar la participación diaria de la educación física en las escuelas.

- Incrementar la actividad física en las clases de educación física.
- Incrementar los programas de actividad y forma física en los lugares de trabajo.
- Aumentar el número de gimnasios e instalaciones deportivas a nivel local.
- Aumentar la orientación hacia la actividad física a través de la incorporación de profesorado en las guarderías y escuelas primarias.

A partir de este marco institucional, los departamentos y ministerios de salud, sanidad y bienestar comenzaron a poner en funcionamiento campañas tendientes a crear nuevos estilos de vida que fomentasen las practicas saludables de la actividad física y la alimentación conveniente. Resultando mucho más económica la prevención que la cura. Así surgieron los movimientos del *Physical Fitness*, *Deporte para Todos* y el *Lifestyle...*, desde los cuales se subraya el aspecto saludable de la práctica deportiva. Así, el conocimiento científico acumulado en los últimos años por los fisiólogos del ejercicio físico en sus estudios longitudinales o diacrónicos, nos muestran como un entrenamiento físico adecuado puede producir una mejora profunda de las funciones esenciales para mantener la buena forma física (autonomía e independencia) en edades avanzadas, posponiendo el deterioro físico con efectividad entre 10 y 20 años. (Odrizola, J.M. 1986). Así, no deja de ganar popularidad junto al deporte competitivo en todos sus niveles la idea de que la práctica deportiva moderada y bien dirigida es un medio excelente para mantener una vida sana (García Ferrando, M. 1991).

Desde la base de que es sano hacer deporte, nos planteamos una cuestión que se deriva de la anterior: ¿qué volumen de ejercicio es necesario para con-

seguir unos efectos beneficiosos en el deporte? Las recomendaciones que apuntan los distintos autores consultados, vienen a coincidir con las del Colegio Americano de Medicina del Deporte, que analizan las variables de frecuencia, intensidad, duración, forma, tipo de actividad, cantidad y calidad físico-deportiva... con el fin de desarrollar y mantener un óptimo estado de salud y bienestar.

El interés por la prevención en materia de salud a través del deporte ha propiciado el seguimiento de diversidad de movimientos que han centrado sus esfuerzos en esta cuestión; desde esta óptica se encuentran los movimientos de:

El *physical fitness*: representa un movimiento pionero en esta orientación, desde el cual se propugna de forma explícita una base de condiciones para ser *fit*, como son: buenas condiciones fisiológicas, órganos en buen estado, ausencia de molestias, capacidad física, vigor sexual, apetito conveniente, disposición hacia un ocio enriquecedor y el descanso adecuado (Edmunson, J. 1962), como medio que lleva a mejorar y controlar la salud.

En esta línea autores como: Bouchard, C. et al (1990) y Caspersen C.J. et al (1985) entienden la salud como un recurso para la vida cotidiana más que como un fin en sí misma; estos autores rompen con el enfoque clásico de ausencia de enfermedad y se inclinan por la naturaleza de un término de salud multifactorial que incluye las dimensiones de lo físico, mental y social y que se manifiesta dentro de un continuo de mayor a menor. En el polo más positivo u óptimo, se representaría un adecuado estado de salud en la línea del *Well-ness*, *High-level*, *Well-being...* caracterizado por un bienestar físico y emocional que posibilitaría una alta capacidad para enfrentarse a los desafíos,



adoptando adecuadas estrategias para resolver aspectos difíciles de la vida. El polo negativo se mediría atendiendo a la morbilidad y la incidencia de enfermedad, frente a la salud desde un proceso puramente patológico. En esta misma línea, Patton R.W., et al (1986), establece 2 modelos explicativos: a) el modelo de enfermedad, que sería básicamente asistencial, con la intervención tendente a la reducción o eliminación de la enfermedad; b) el modelo del bienestar, que supondría un proceso, entendiendo a la enfermedad como un rasgo característico y puntual a lo largo de un continuo bienestar.

En definitiva, se trata de conseguir un nivel de salud tan favorable que permita disfrutar de una forma entusiasta y placentera de las tareas diarias y actividades de ocio, requiriendo desde la base un cuerpo en perfecto estado.

Dentro de esta línea de investigación hay científicos que van más allá desarrollando los beneficios que de orden físico y psicológico nos proporcionan la practica saludable de una actividad física regular, concluyendo que desde el nivel fisiológico se influye positivamente en la salud mental, la calidad de vida, la reducción del stress, las alteraciones en el estado de ánimo, la disminución de la ansiedad y depresión (estado), mejora del autoconcepto e incremento en la autoestima (Dishman R.K. 1985; Morgan, W.P. and Goldston, S.E., 1987). En este sentido, vemos como la práctica del ejercicio físico nos ofrece mejoras en el bienestar psicológico a corto y largo plazo. De todos los factores expuestos, los que han sido confirmados científicamente como receptores de influencia por la actividad física son el autoconcepto, el estado de ánimo, la ansiedad y la depresión estado; aunque se han encontrado variaciones con respecto a poblaciones clínicas y no clínicas con

respecto al tema. Los resultados de la investigación en este campo confirman que la práctica adecuada de la actividad física y deportiva aumenta y mejora: los resultados académicos, la asertividad, la estabilidad emocional, la independencia, el locus de control interno, la confianza, la memoria, la popularidad, el estado de ánimo, la imagen corporal positiva, el autocontrol, la eficacia en el trabajo. Así como también al mismo tiempo disminuyen: el absentismo laboral, el abuso de alcohol, la cólera, la ansiedad, la confusión, la depresión, el dolor de cabeza, la hostilidad, las fobias, la conducta psicótica, la tensión, los errores en el trabajo y los accidentes laborales.

En relación a los beneficios físicos no hay muchos estudios que los confirmen aunque se afirma que la actividad física saludable influye en: la hipertensión, (Fentem P.H. et al 1988; Hagberg, J.M. 1990; Powell, K.E. 1987); la obesidad, (Thompson, J.K. et al 1982, Bray, G.A. 1990; Fox, K.R. 1991, Garfinkel, P.E. and Coscina, D.V. 1990); la diabetes (Fentem, P.H. et al 1988, Vranic, M. and Wasserman, D. 1990); la osteoporosis (Smith, E.L. et al 1990); la fatiga y abatimiento (Patton, R.W. et al 1986; Powell, K.E. 1988; Nachemson, A.L. 1990), problemas cardiorespiratorios, (A.C.S.M., 1990).

A través de lo expuesto vemos como la influencia del deporte debe trascender los límites sociales en los que se ha movido tradicionalmente. Por ello, la mayoría de los expertos señalan que una buena política para promover la salud de los ciudadanos debe comenzar en las escuelas. (Shephard, R. 1989; A.C.S.M., 1988); principalmente porque los hábitos de conducta no se han consolidado, y los sujetos pueden aprender a interiorizar estilos de vida más saludables. En este sentido, se destaca la necesidad de cambiar los pro-

gramas deportivos escolares, excesivamente orientados a la competición, siguiendo el modelo inglés y hacerlos más educativo-físicos, como se hace en las escuelas de Suecia, donde se han eliminado los deportes competitivos, y todo ello con el objeto de potenciar las actividades físico deportivas para que el alumno pueda practicarlas en la edad adulta, cuando abandone el sistema educativo formal.

Aspectos motivacionales en la concepción contemporánea del deporte

En base a las diferentes corrientes desarrolladas sobre la naturaleza de la motivación y la variedad de aproximaciones hacia su estudio, vemos como el concepto básicamente implica la activación, dirección y persistencia de una conducta (Franken, R.E., 1982). Por ello nos interesan los determinantes que incitan a la acción y determinan la dirección, intensidad y persistencia de dicha conducta. Desde la perspectiva conceptual desarrollada, vemos la importancia de trasladar la naturaleza de la motivación y su desarrollo a los programas deportivos para poder flexibilizarlos atendiendo al objeto de potenciar una práctica deportiva saludable en la población.

La motivación de los sujetos hacia la actividad física y el deporte, es por una parte plurifacética, ya que incluso cada motivo incluye varias razones y tópicos susceptibles de valorarse individualmente. Por ejemplo: el motivo de adelgazar, o conseguir una imagen corporal de acuerdo a los cánones que se propugnan en la sociedad actual, esta relacionado con los motivos de salud, estado de ánimo, belleza...; y por otra parte, es evolutiva, ya que los motivos

van cambiando y modificándose con el tiempo y las circunstancias.

A este respecto podemos clarificar la distinción entre motivación intrínseca y extrínseca que hacen los teóricos:

La *motivación intrínseca*, se refiere a los beneficios y satisfacciones inherentes de la propia actividad; por ejemplo: participar por el disfrute de las sensaciones que acompañan a la actividad.

La *motivación extrínseca*, se refiere a aquellas razones no directamente vinculadas con el desarrollo de la actividad, como ejemplo perder peso. Desde ésta óptica el especialista debería conjugar ambos tipos de motivación, potenciando el foco interno para mantener a lo largo del tiempo a los practicantes sin excluir el refuerzo externo.

Aunque los beneficios psicológicos del ejercicio son reconocidos entre los participantes, los muchos caminos adoptados para describirlos hacen difícil su caracterización. Así, los beneficios psicológicos que la gente señala van desde: sentirse bien hasta provocar efectos de catarsis. La edad y el sexo son factores que parecen influir en la importancia asignada a los niveles psicológicos del ejercicio. Los adultos tienden a dar gran importancia a los beneficios psicológicos. (Heitmann, H.M., 1986), mientras que en la población infantil señalan estos en niveles más bajos. (Passer, M.W. 1982).

Uno de los principales motivos para el desarrollo de la actividad física y el deporte en la sociedad actual está siendo la mejora de la apariencia; aunque éste motivo se ha venido dando con mayor incidencia en el sector femenino, parece que actualmente está presente en el sector masculino; la importancia de la imagen en la sociedad actual esta siendo un factor que afecta al concepto del *self* y a

la personalidad, provocando irregularidades y ansiedad en algunas personas. Es interesante destacar a este respecto la teoría de Schilder, P. (1983), la cual considera al cuerpo humano como globalidad y en constante interrelación con el medio; la imagen del cuerpo es una representación que nos formamos del propio cuerpo; y dicha representación tiene netas correspondencias con la imagen social del cuerpo; es decir, que la representación se realiza desde la valoración socio-cultural del cuerpo que un contexto determinado realiza; es por lo tanto una representación "estereotipada" de acuerdo con la concepción de la cultura en la que el sujeto esté inmerso y tenga respecto a la imagen corporal.

La búsqueda de la imagen corporal ideal difiere según el género; Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D., and Thompson, M. (1980) asocian la imagen ideal de la mujer con el status social; y la imagen ideal del hombre con el rol, status, dinero y poder. Aunque cabe precisar que los cánones varían entre las culturas y tiempos distintos.

El desmesurado interés hacia la apariencia física ha llevado al desarrollo de enfermedades por desórdenes alimenticios como las anorexias, bulimias... (Berscheid, E. Walster, E. and Bohrnstedt, G., 1973; Cash, T.F., Winstead, B.A. and Janda, L.H. 1986). Sin embargo, la importancia que se manifiesta hacia la apariencia física no se corresponde con la misma intensidad con la práctica real de deportes o actividades físicas y el aumento significativo de los índices de participación en la práctica deportiva.

Todo lo cual lleva a la consideración de que el profesional de la actividad física y deportiva debe trabajar con el propósito de cubrir esa sensibilidad hacia la apariencia pero enfatizando otros beneficios consecuentes de la práctica de la actividad física, haciendo compa-

tible éste motivo con otros que equilibren una práctica que, desde la óptica del Deporte para Todos, debería incluir un fuerte componente lúdico.

El trabajo de Csikszentmihalyi, M. (1975) es particularmente importante para comprender la variable del divertimento en la práctica de la actividad física. En su modelo teórico desarrolla el concepto de *flow*, el cual está basado en el principio de la recompensa en sí misma como base del desarrollo humano. En el modelo, se define el divertimento como un equilibrio entre los desafíos de una actividad y la habilidad del participante para ejecutarla.

Otros dos conceptos básicos dentro del modelo son la ansiedad y el aburrimiento. La ansiedad se entiende como la falta de equilibrio entre el desafío y la habilidad. El aburrimiento se da cuando la habilidad del sujeto es más grande que el propio desafío. La experiencia es considerada como óptima y denominada *flow* cuando el desafío y la habilidad requeridos están equilibrados. (Chalip L., Csikszentmihalyi M., Kleiber D., and Larson R. 1984).

Rudnicki, J. y Wankel, L.M. (1988), llevan el concepto de *flow* a los programas fitness. A partir de un reciente estudio valoran el desafío como un básico predictor de un largo período de compromiso deportivo. De ahí que el desafío del profesional de la Actividad Física y Deportiva esté en aunar los componentes de un programa saludable con el divertimento, buscando el adecuado rendimiento y la satisfacción plena mediante un entrenamiento variado y efectivo.

El componente social, también es un aspecto muy importante para muchos practicantes de actividad física, siendo una variable motivacional ampliamente diversa puesto que incluye desde la relación y el conocimiento de nuevas personas hasta la lucha por la huida del aislamiento social. Heinzelmann, F.



and Bagley, R.W. (1970), encontraron que casi el 90% de practicantes de actividad física, preferían hacer ejercicio con alguien más. Derivándose un apoyo social con sentido de compromiso personal, pudiendo así, comparar sus progresos y niveles de bienestar.

Siguiendo con esta idea vemos como, el primer motivo para practicar deporte entre los jóvenes deportistas es la afiliación a un grupo de referencia, (Gould, D. and Horn, T. 1984; Passer, M.W. 1982) y entre los adultos también se identifica el factor socializador como relevante. (Heitmann, H.M. 1986).

Últimamente se ha prestado mucha atención al concepto de adicción al ejercicio o dependencia por el mismo. (Pargman, D. and Baker, M.C., 1980); se trata de personas que están “enganchadas”, exhibiendo un fuerte grado de confianza en la práctica de ejercicios que proporcionan sentimientos agradables; el tipo de ejercicio más vinculado con la dependencia es la carrera.

Los responsables de actividades físicas y deportivas deberían controlar los experimentados beneficios psicológicos de sus practicantes; también deberían advertir de los problemas relacionados con la dependencia que puede provocar el ejercicio.

Por otra parte, las razones que la población manifiesta con más frecuencia para no practicar una actividad deportiva son: falta de tiempo, fatiga, pocas facilidades y medios, falta de destreza y conocimiento y poco entusiasmo por el deporte. (Goodrick, G.K., Hartung, G.H. Warren, D.R. and Hoepfel, J.A. 1984). Por la relevancia de las mismas las desarrollaremos a continuación:

La falta de tiempo: suele ser muchas veces una percepción más que una realidad. Elegir o decidir no practicar ejercicio es una cuestión de prioridades, a menudo se encuentra tiempo para ver

la televisión, leer el periódico, ir al cine... y muchas otras alternativas de ocio más cómodas. Por ello, para atraer y mantener la atención del usuario, el especialista debe ofrecer un programa que promueva la diversión, la satisfacción personal y sea flexible en horarios y accesibilidad.

La fatiga: el sentimiento de cansancio o fatiga suele ser una cuestión más mental que física. Así, el individuo que ha pasado un día totalmente ocioso viendo la televisión puede haber acumulado más fatiga mental, que practicando deporte. En otro orden, la persona que vive sobrecargada de tareas, preocupaciones y conflictos puede no sentir ganas de enfrentarse a otra tarea al final del día; aunque a este respecto, muchas veces es importante adoptar un cambio de enfoque, ya que una actividad percibida con placer, satisfacción y gusto es probablemente reforzante en la rutina diaria.

La falta de facilidades: Un gran sector poblacional percibe falta de posibilidades para una práctica deportiva regular y suelen considerar las opciones ofertadas como inconvenientes e inapropiadas... o inexistentes. Frente a esta argumentación hay que señalar, que pocos son los lugares que están totalmente desamparados en cuanto a oferta deportiva municipal con; parques, centros recreativos, pistas de tenis y piscinas... y están normalmente disponibles. Muchas veces lo que sucede es que falta motivación y el convencimiento en la población.

La falta de facultad: nos situamos dentro del concepto de *willpower*, que entiende al individuo por su fuerza interna en el control del conjunto de sus acciones (Thorensen, C.E. and Mahoney, M.J. 1974). También adoptamos el concepto del control del *self*, como aquella habilidad que para cambiar un comportamiento se basa en el conocimiento y el control de la corriente de

los factores situacionales influyentes. Para ejercitarse en el control del *self*, la persona debe comprender los factores que influyen en su forma de comportamiento y aprender a modificarlos para conseguir el cambio. Con esta aproximación se le da al individuo la posibilidad de cambiar mediante mecanismos propios. Así, cuando temporalmente se da en el individuo una falta de control, éste no lo atribuirá determinadamente hacia la carencia de la habilidad.

Aspectos axiológicos en la concepción contemporánea del deporte

El análisis social del deporte contemporáneo también viene representado por su dimensión axiológica. En los últimos años, desde los organismos legisladores en materia deportiva se circunscribe un marcado interés hacia este ámbito. Así lo señala Serrano Sánchez, J.A. (1992) cuando advierte que no es de extrañar que la prioridad del Comité director del Deporte del Consejo de Europa en los próximos años sea paradójicamente el fomento de valores éticos en el deporte. Objetivos similares se plantean en todos los países de nuestro entorno comunitario, partiendo de la base de que ésta promoción se fundamenta en una necesidad social. Se advierte que el objetivo prioritario es crear una interconexión entre las manifestaciones deportivas y acciones básicamente morales o éticas.

Con este propósito en la Conferencia General de la UNESCO se acaba de añadir a la Carta Internacional de la Educación Física y el Deporte un artículo en el que se llama a los poderes públicos, las organizaciones no gubernamentales especializadas, el movimiento olímpico, el mundo deportivo,

los educadores, los profesionales de la salud, los padres y muy en especial a los medios de información a cooperar en la lucha contra todas las influencias negativas que amenazan el deporte.

En atención a esas influencias negativas Michel Caillat, (1992) no justifica desde un punto de vista ético el deporte de élite definiendo a la moral propia de la competición como de esfuerzo, sacrificio, violencia simbólica, donde se escoge, clasifica, distingue, elimina, selecciona... imponiéndose los valores propios de nuestra sociedad, como son el elitismo, la competitividad. Para aceptar una ética en esta manifestación deportiva, el autor sostiene que hay que creer en su pureza original. Para provocar un cambio de concepción desde ésta óptica es necesario trabajar con el propósito de crear una escuela de nobleza en el deporte. Para ello, el Director General de la UNESCO se decanta hacia la función educativa en el deporte, insistiendo en la necesidad de promover los valores del fair-play desde la más temprana edad en la escuela, pero también a través de movimientos y asociaciones (Mayor Zaragoza, F. 1992). Como representación manifiesta de esta línea de actuación desde 1964, el Comité Internacional para el Fair-play apoyado por la UNESCO, otorga anualmente trofeos a los deportistas del mundo del deporte o instituciones deportivas que se han distinguido por su comportamiento ejemplar; hasta el día de hoy son más de cien las personas laureadas.

En este sentido Fernández Balboa, propone un enfoque crítico y cívico del rol de los profesionales de la educación física y el deporte, en conexión con el medio social, político económico y medio ambiental. (Fernández Balboa, J.M. 1993). Y desde ésta perspectiva Furlong, J.J and Carroll, W.J. (1990), consideran la labor cívica y educativa como inseparables.

Bibliografía

- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (1978). "Position Statement on the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining fitness in healthy adults". *Medicine and Science in Sports*, nº 10.
- A.C.S.M. (1988). "Opinion statement on Physical fitness in children and youth". *Medicine and Science in Sports and Exercise*, nº 22 pp:265-274.
- A.C.S.M. (1990). "Position Stand: The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in healthy adults". *Medicine and Science in Sports and Exercise*, nº22 pp:265-274.
- ALSTER, E. and BOHRNSTEDT, G. (1973). "The Happy American body: A survey report". *Psychology Today*, 7, pp:119-131.
- BIDDLE S.J.H.; MUTNEN. (1991). *Psychology of Physical Activity and Exercise*. Ed: Springer-Verlag.
- BOUCHARD, C. SHEPHARD, R.J., STEPHENS, T., SUTTON, J.R. y MCPHERSON, B.D. (1990) (Eds). *Exercise, Fitness and Health: A Consensus of Current Knowledge*. Champaign: Human Kinetics.
- BRAY, G.A. (1990). *Exercise and obesity*. Champaign: Human Kinetics.
- CAILLAT, M. (1992). "¿Tiene el deporte una moral?" en *Revista Correo de la Unesco, Deporte y Competición*, diciembre, págs: 37-40. Acción/Unesco.
- CASH, T.F., WINSTEAD, B.A. y JANDA, L.H. (1986). "The great American shape-up." *Psychology Today*, 20, 30-37.
- CASPERSEN, C.J., POWELL, K.E. y CHRISTENSEN, G.M. (1985). "Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research". *US Public Health Reports*, 100, págs:126-131.
- CASPERSEN, C.J. (1989). "Physical Activity epidemiology: Concepts, methods and applications to exercise science". *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 17, pp: 423-473.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1975). *Beyond Boredom and Anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass.
- CHALIP, L., CSIKSZENTMIHALYI, M., KLEIBER, D. y LARSON, R. (1984). "Variations of experience in formal and informal sport". *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 55(2), págs:109-116. Human Kinetics.
- DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION AND WELFARE. (1997). Atlanta.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1980). *Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation*. Washington, D.C.: US Government Printing Office.
- (1986). *Midcourse Review: 1990 Physical fitness and exercise objectives*. Washington, D.C.: US Government Printing Office.
- DISHMAN, R.K. (1985). "Medical psychology in exercise and sport". *Medical Clinics of North America*, 69, pp: 123-143.
- DISHMAN, R.K. and DUNN, A.L. (1988). Exercise adherence in children and youth: Implications for adulthood. En R.K. Dishman (Ed.), *Exercise adherence: its impact on public health* (págs:155-200). Champaign, I.L.: Human Kinetics.
- EDMUNDSON, J. (1962). "What is fitness?". *Physical fitness for men*, págs:(7-12).
- FENTEM, P.H., BASSEY, E.J. y TURNBULL, N.B. (1988). *The New Case for Exercise*. London: the Sports Council and Health Education Authority.
- FERNANDEZ-BALBOA, J.M. (1993). "Aspectos cívico y crítico del rol de los profesionales de educación física y el deporte. Conexión con la política, economía y medio ambiente." *En Perspectiva de la Actividad Física y el Deporte*, nº14, págs:7-13.
- FOX, K.R. (1991). A clinical approach to exercise in the severely obese. En T.A. Wadden y T.B. Van Itallie (Eds). *Treatment of Severe Obesity by Diet and Lifestyle Modification*. New York: Guilford Press.
- FRANKEN, R.E. (1982). *Human motivation*. Monterey, C.A: Brooks/Cole.
- FURLONG, J.J. and CARROLL, W.J. (1990). "Teacher neutrality and teaching ethicar issues". *The Educational Forum*, 54(2) pp:157-168.
- GARCIA FERRANDO, M. (1991). *Los Españoles y el Deporte (1980-1990)*. Un análisis sociológico. Ed: Consejo Superior de Deportes: Madrid.
- GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E., SCHWARTZ, D. y THOMPSON, M. (1980). "Cultural expectations of thinness in women". *Psychological Reports*, 47, págs: 483-491.
- GARFINKEL, P.E. and COSCINA, D.V. (1990). Discussion: Exercise and obesity. En C. Bouchard, R.J. Shephard, T. Stephens, J.R. Sutton y B.D. McPherson (Eds) *Exercise, Fitness and Health: A Consensus of Current Knowledge*. Champaign: Human Kinetics.
- GOODRICK, G.K., HARTUNG, G.H., WARREN, D.R. y HOEPFEL, J.A. (1984). "Helping adults to stay physically fit: Preventing relapse following aerobic exercise training". *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, 55(2), pp: 48-49.
- GOULD, D. and HORN, T. (1984). Participation motivation in young athletes. En J. Silva y R. Weinberg (eds). *Psychological Foundations of Sport*. Champaign: Human Kinetics.
- GUBA, E. G. (1978). *Toward a Methodology of Naturalistic Inquiry in Educational Evaluation*. Los Angeles, Cal: Center for the Study



- of Evaluation, UCLA Graduate School of Education, Universidad de California.
- HAGBERG, J.M. (1990). Exercise, fitness and hypertension. En C. Bouchard, R.J. Shephard, T. Stephens, J.R. Sutton y B.D. McPherson (Eds). *Exercise, Fitness and Health: A Consensus of Current Knowledge*. Champaign: Human Kinetics.
- HEINZELMANN, F. and BAGLEY, R.W. (1970). "Response to physical activity programs and their effects on health behavior". *Public Health Reports*, 85(10), pp: 905-911.
- HEITMANN, H.M. (1986). "Motives of older adults for participating in physical activity programs". En B.D. McPherson (ed), *Sport and aging* (pp:199-204). Champaign, IL: Human Kinetics.
- MAYOR ZARAGOZA, F. (1992). "Que el deporte sea una escuela de nobleza". En *Revista Correo de la UNESCO, deporte y competición*, diciembre, págs: 47. Acción/Unesco.
- MANN, G.V. (1977). "Obesity-the affluent disorder" *Society Medical*, n° 70, págs: 902-903.
- MORGAN, W.P. y GOLDSTON, S.E. (1987). (Eds). *Exercise and Mental Health*. Washington: Hemisphere.
- NACHEMSON, A.L. (1990). Exercise, fitness, and back pain. En C. Bouchard, R.J. Shephard, T. Stephens, J.R. Sutton y B.D. McPherson (Eds). *Exercise, Fitness and Health: A Consensus of Current Knowledge*. Champaign: Human Kinetics.
- NOTAS E INFORMES DE LA OMS (1987). *Resumen de la Carta de Ottawa para el fomento de la salud*. Notas e informaciones de la OMS. Vol 8, pag:120: Foro Mundial de la Salud.
- ODRIZOLA, J.M. (1986). "¿Es sano hacer deporte?", en *Revista de Occidente*, 62-63, Julio y Agosto, págs: 59-69. Artículo de revista (ISOC).
- PARGMAN, D. and BAKER, M.C. (1980). "Running high: Enkephalin indicated". *Journal of Drug Issues*, 10, pp: 341-349.
- PASSER, M.W. (1982). "Children in sport: Participation motives and psychological stress". *Quest*, 33(2), págs:231-244.
- PATTON, R.W., CORRY, J.M., GETMANN, L.R. y GRAF, J.S. (1986). *Implementing Health/fitness Programs*. Champaign: Human Kinetics.
- POWELL, K.E. (1988). Habitual exercise and public health: An epidemiological view. In R.K. Dishman (Ed.) *Exercise Adherence: Its Impact on Public Health*. Champaign: Human Kinetics.
- POWELL, K.E., SPAIN, K.S., CHRISTENSON, G.M. y MOLLENKAMP, M.P. (1986). "The status of the 1990 objectives for physical fitness and exercise". *Public Health Reports*, n° 101, págs: 15-21.
- POWELL, K.E., THOMPSON, P.D., CARPERSEN, C.J. and KENDRICK, J.S. (1987). "Physical activity and the incidence of coronary heart disease". *Annual Review of Public Health*, 8, 253-287.
- RUDNICKI, J. y WANKEL, L.M. (1988). "Employee fitness program effects upon long-term fitness involvement". *Fitness in Business* n°3, págs: 123-129.
- SERRANO SANCHEZ, J.A.(1992). "Una concepción social del deporte, el deporte para todos". En *Apunts d'educació física i sports*, septiembre n° 29, págs:18-30.
- SCHILDER, P. (1983). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Buenos Aires, Paidós: Barcelona.
- SHEPHARD, R. (1989). "Exercise and Lifestyle change", *British Journal of Sports Medicine*, 23/1, pags:11/12.
- SMITH, R.A. and BIDDLE, S.J.H. (1990). "Attitudes and health-related exercise", *Review and critique*. Paper presented at AIESEP World Congress, Loughborough University England.
- THOMPSON, J.K., JARVIE, G.J., LAHEY, B.B., and CURETON, K.J. (1982). Exercise and obesity: Etiology, physiology and intervention. *Psychological Bulletin*, 91, págs. 55-79.
- THORENSEN, C.E. and MAHONEY, M.J. (1974). *Behavioral self-control*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- WYNDER, E.L.(1975). " Overview. Nutrition and Cancer" *Prevision medical*, n° 4, págs. 322-327.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986). Targets for health for all. Copenhagen: WHO.
- VRANIC, M. y WASSERMAN, D. (1990). "Exercise, fitness and diabetes". In C. Bouchard, R.J. Shephard, T. Stephens, J.R. Sutton y B.D. McPherson (Eds). *Exercise, Fitness and Health: A Consensus of Current Knowledge*. Champaign: Human Kinetics.

Notas

- (1) La Conferencia fue organizada por la OMS, el Ministerio de Salud y Bienestar del Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública, desde el 17 al 21 de noviembre de 1986; 212 delegados procedentes de 38 países se reunieron para estudiar la promoción de la salud; y supuso una primera respuesta a las crecientes expectativas del movimiento hacia una nueva sanidad en todo el mundo (WHO, 1986).