

DEPORTE, SALUD, BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA

Enrique Cantón Chirivella
Universitat de València

Resumen: Es importante establecer lo mejor posible una delimitación conceptual entre los términos “deporte”, “salud”, “bienestar” y “calidad de vida”, para así poder comprender sus relaciones, con el fin de orientar la investigación y desarrollar modelos útiles y coherentes sobre esta importante parcela de la realidad humana. Se presentan las principales aportaciones en este campo, tanto a nivel de formulación conceptual, como de elaboración de modelos e instrumentos de evaluación. Podemos comprobar la multidimensionalidad y complejidad de estos aspectos, siendo necesario estudiar los efectos interactivos, directos e indirectos, entre la actividad físico-deportiva y la calidad de vida, y entre éstas y la salud y el bienestar. Precisamente, este último elemento es el mejor indicador de que el conjunto de factores mencionados está influyendo positivamente sobre la persona.

PALABRAS CLAVE: Psicología del deporte, salud, bienestar, calidad de vida

Abstract: It is important to establish the better as possible a conceptual delimitation between the “sport”, “health”, “wellbeing” and “quality of life”, in order to understand their relations, to orientate the investigation and develop useful and coherent patterns about this important part of human reality. They are showed the principal aportations in this field, not only at the conceptual formulation level but also at patterns elaborations and the tools of evaluation. We can check that they are multidimensional and complex aspects, so it's necessary to study the ineteractive effects, direct or indirect, between physical/sportive practice and between these and health and wellbeing. It's the last one wich best shows that this group of factors have a positive influence on the person.

KEY WORDS: Sport psychology, health; well-being, quality of life

Dirección de contacto: *Enrique Cantón Chirivella, Dept. Psicología Básica, Universitat de València, Avd. Blasco Ibañez, 21, 46010, Valencia, España, e-mail: canton@uv.es*

1.- DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.

Cuando se comienza por encabezar un título con distintos conceptos, uno detrás de otro, se hace evidente la necesidad de establecer de alguna manera la vinculación que tienen, para lo cual, entrar en su conceptualización es un paso preceptivo, además de necesario por sí mismo, ya que en este y otros campos de la psicología del deporte caracterizado por ser un ámbito de aplicación, debemos ser tan rigurosos o más en la formulación de explicaciones y el uso de conceptos que en la investigación más básica (Cantón, 1999).

Podemos comenzar por establecer la ya clásica diferencia entre lo que se entiende por la práctica del ejercicio físico y la del deporte. Tomando una de las muchas definiciones existentes, se considera ejercicio físico a toda actividad física realizada de forma planificada, ordenada, repetida y deliberada, dirigida a la mejora de la condición física (Caspersen, Powell y Christenson, 1985), mientras que en el caso de la práctica del deporte, se incluye la existencia de competiciones, el sometimiento a reglas relativamente estables y el amparo de organizaciones estructuradas e institucionalizadas que regulan su práctica.

Estas diferencias entre ejercicio y deporte no son sólo interesantes desde un punto de vista conceptual sino también y, fundamentalmente en este caso, por sus implicaciones para establecer su relación con la salud y la calidad de vida de las personas. Por poner un ejemplo, podemos referirnos a algunos de los factores que se consideran más dañinos para la salud y el equilibrio emocional de una persona, como son el estrés previo a las competiciones que se puede experimentar en ocasiones, o el malestar emocional relacionado con una extrema dificultad para conseguir las metas establecidas. Así pues, podemos pensar que la práctica de algún deporte es potencialmente más arriesgada que la práctica de ejercicio físico, tradicionalmente más ligado con el empleo del tiempo de ocio y diversión. Sin embargo, esta relación así establecida puede resultar simplista ya que hay muchos factores que hacen que estas diferencias entre el deporte y el ejercicio se difuminen, entre ellas la orientación cada vez mayor hacia el rendimiento y la misma competición a la que se acercan muchas actividades consideradas antes como estrictamente de ocio (actividades en la naturaleza, de aventura, danza,...) o, por otra parte, la práctica de deportes sin seguir reglas fijas o haciendo que predomine la diversión antes que la consecución de resultados; por ello, aquí me referiré conjuntamente a la actividad físico-deportiva. En cualquier caso, podemos establecer un primer elemento a considerar para establecer la relación entre deporte y salud: es importante conocer cuales son las características de la actividad físico-deportiva que potencialmente pueden afectar negativamente a la salud y al bienestar y en qué medida pueden estar presentes en todas estas actividades, tal y como habitualmente se llevan a cabo, para así introducir todos los cambios necesarios (reglas, objetivos, dirección,...).

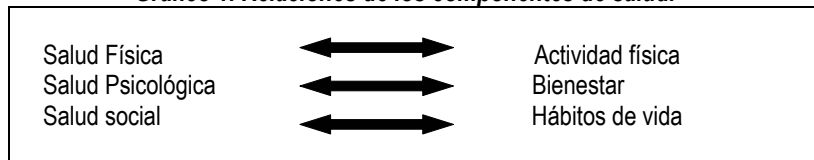
Por otra parte, la mejora de la salud o la prevención del deterioro físico, son habitualmente uno de los principales motivos aducidos para practicar actividad físico-deportiva, como así reconoce la Organización Mundial de la Salud, considerándola una de las áreas básicas de actuación para su mejora (Tabla 1). Las personas somos conscientes de que una buena condición física y la práctica de actividad físico-deportiva puede contribuir a que nos encontremos mejor –a todos los niveles- y más preparados para enfrentarnos a los diversos riesgos para la salud que nos cercan en nuestra vida cotidiana, esto siempre y cuando nuestras necesidades básicas estén cubiertas y dispongamos del tiempo y los recursos necesarios para estas actividades.

Tabla 1. Documento sobre Salud para Todos (O.M.S.)

ÁREAS BÁSICAS DE ACTUACIÓN	
➤	Nutrición.
➤	Tabaco y alcohol.
➤	Planificación familiar.
➤	Salud mental.
➤	Conductas violentas.
➤	Programas educativos de salud.
➤	Seguridad ocupacional.
➤	Salud ambiental.
➤	Prevención y tratamiento de enfermedades (cardíacas, cáncer, SIDA,...)
➤	ACTIVIDAD FÍSICA

El concepto de salud es también polivalente, ya que puede referirse tanto a factores objetivos básicamente biológicos - la esperanza de vida y la carencia de enfermedades- como, partiendo de una consideración más global, a otros multidimensionales, que comprenden unas buenas condiciones físicas, psicológicas y sociales, concepto este predominante en las definiciones internacionales actuales de salud. Es precisamente desde esta conceptualización donde podemos establecer un cierto paralelismo entre sus componentes y los conceptos que estamos manejando, conectando la condición o salud física con el bienestar o equilibrio emocional, y con la calidad y hábitos de vida (Gráfico 1).

Gráfico 1. Relaciones de los componentes de salud.



Las relaciones entre la actividad físico-deportiva y la salud, se ubican mejor cuando entramos a considerar situaciones o factores específicos, como el estilo de vida sedentario, que afecta a los dos tercios de la población adulta, factor importante y al que el deporte aporta una relevante función como factor de prevención de enfermedades, en cuanto a que se mejora la condición física. Ahora bien, esta aportación positiva requiere practicar la actividad físico-deportiva de una manera adecuada, como se ha puesto de relieve en diversos trabajos que demuestran que el ejercicio practicado con cierta moderación, alejado de la practica intensiva de los deportistas de alto nivel, es un factor favorecedor de la longevidad (Pelletier, 1986), y que las personas que lo practican tienen hasta un 50 % menos de probabilidad de fallecer prematuramente por problemas cardiovasculares que las personas sedentarias (Paffenbarger, Hyde, Wing y Hsieh, 1986).

La disminución de factores de riesgo, considerando entre ellos la inactividad y la obesidad, es también un elemento muy importante en el caso de los menores, ya que los niveles en los factores de riesgo en estas edades los predicen en una etapa posterior de adulto. En este sentido, el ejercicio físico continuado y moderado contribuye a la estabilización del peso corporal y favorece la pérdida ponderal debido a los efectos que genera: quema calorías, contrarresta enfermedades asociadas a la obesidad, proporciona confianza para seguir una dieta, ayuda a controlar el apetito,

preserva la musculatura corporal, incrementa y acelera la tasa metabólica, etc. De hecho, el ejercicio es uno de los factores que mejor predice que el peso perdido durante un tratamiento de reducción se mantenga durante largos períodos de tiempo, sin olvidar que también se ha asociado con cambios positivos en el estado de ánimo y reducciones significativas del estrés producido por una dieta continuada. Sin embargo, también en el caso del impacto de la actividad físico-deportiva sobre la inactividad y la obesidad, hay que considerar factores moduladores, como por ejemplo el tipo de deporte que es más adecuado practicar, para que dicho efecto sea realmente beneficioso, incluso en el caso de personas jóvenes.

Tabla 2. Efectos beneficiosos del ejercicio sobre la salud.

Disminución de los riesgos de infarto
Aumento del bombeo sanguíneo al corazón y disminución del ritmo cardíaco
Disminución de la presión arterial
Disminución de los niveles de lactato en sangre
Incremento de la capacidad pulmonar
Mejora de la oxigenación muscular periférica
Mejora de los problemas de obesidad
Mejora del tono muscular
Mejora de la libido y de la satisfacción sexual
Mejoría en el sueño
Aumento del nivel de opiáceos
Facilita estados de humor agradables
Aumenta la autoestima
Facilita el desarrollo de interacción social

En general, como se ha establecido en diversos estudios, el ejercicio puede tener muchos efectos positivos (Blair, Jacobs y Powell, 1985; Buffone, 1984; García Miranda, 1997; Maroto y De Pablo, 1995; Page y Tucker, 1994; Thuot, 1995; Velasco, 1991; Zabatany, Hartmann y Rankin, 1990) –Tabla 2-, así como los descritos por Taylor, Sallis y Needle (1985) –Tabla 3-.

Tabla 3. Beneficios Psicológicos del ejercicio (Taylor, Sallis y Needle, 1985).

AUMENTA	DISMINUYE
Resultados académicos	Absentismo laboral
Rendimiento laboral	Abuso de alcohol
Asertividad	Cólera
Confianza	Ansiedad
Estabilidad emocional	Confusión
Independencia	Depresión
Funcionamiento intelectual	Dismenorrea
Locus de control interno	Dolor de cabeza
Memoria	Fobias
Percepción	Respuestas de estrés
Popularidad	Tensión
Autocontrol	Conductas Tipo A
Satisfacción sexual	Errores en el trabajo
Bienestar	

La actividad física practicada regularmente parece correlacionar con estilos de vida saludables (Pate et al., 1995; Sánchez, García, Landabaso y De Nicolás, 1998), si bien esta actividad debe mantenerse bastante tiempo para que los efectos sean visibles y de cierta duración (McAuley, Courneya, Rudolph y Lox, 1994).

Se puede encontrar un largo listado de potenciales y efectivos beneficios para la salud y el bienestar de la persona por practicar actividades físico-deportivas. Sin embargo, también en otros casos se han señalado contraindicaciones para la salud al existir algún tipo de problema (Buffone, 1984; Lance, 1977), o cuando la actividad no se enfoca adecuadamente (Cantón y Sánchez, 1998, 1999, 2000; Sánchez y Cantón, 1999) –Tabla 4-. Estos riesgos existen sobre todo en personas de mediana edad y con problemas circulatorios, el más importante es la aparición de arritmias, por lo que no se debería recomendar la práctica de ejercicio físico para aquellos que padecen una enfermedad cardiovascular.

Es necesario matizar la recomendación de la práctica de la actividad físico-deportiva en menores jóvenes y sanos ya que, como señalan algunos resultados de investigaciones sobre los estilos y hábitos de vida de los adolescentes, la consistencia entre actitudes y conductas nocivas para la salud tiene una relativa independencia de los hábitos deportivos existentes, así como del entorno socioeconómico de procedencia. También se encontró que algunos componentes que pueden darse en la actividad físico-deportiva afectaban negativamente a la calidad de vida y el bienestar de quienes la practican, como son: la adición a la actividad en detrimento de otros valores (familia, amistad,...), la extrema competitividad, el carácter de trabajo obligatorio autoimpuesto, la presencia de violencia o la ausencia de diversión y disfrute (Cantón y Sánchez, 1998, 1999, 2000; Sánchez y Cantón, 1999).

Tabla 4. Contraindicaciones del ejercicio para la salud.

Enfermedades grave del corazón. Presión sanguínea elevada. Presencia importante de arritmias. Nivel elevado de obesidad. Personas sumamente depresivas. Personas con escaso contacto con la realidad. Personas propensas al suicidio.

En conjunto, encontramos resultados aparentemente contradictorios en la investigación actual, que pueden responder posiblemente a la complejidad del fenómeno y la implicación reguladora de importantes variables. Éstas modelan la relación entre deporte/actividad física y salud/bienestar, y dificultan el extraer conclusiones generalizables a toda la población, haciéndose necesario considerar diversos factores culturales y socioeconómicos, así como las características de la propia actividad física-deportiva, entre otros.

Uno de los factores clave para lograr que se mantenga una relación positiva ente ejercicio y salud es la calidad del entrenamiento, considerando aspectos tales como su intensidad, frecuencia y duración, siempre en relación con las condiciones y características personales de cada cual. Asimismo, dado que lograr mantener pautas de ejercicio constantes a lo largo de la vida es un factor relevante de salud, es importante potenciar una historia de práctica previa en edades tempranas, crucial para facilitar la adherencia en etapas posteriores.

Otro elemento importante y que se cita con frecuencia como importante en la conexión ejercicio-salud, relacionado con la edad, es la variable género, ya que muchos estudios indican que la población masculina practica con mayor frecuencia actividad físico-deportiva que la femenina y su motivación es diferente, siendo más importante en las mujeres la búsqueda de la salud (Blasco, Capdevila, Pintanel, Valiente y Cruz, 1996; García Ferrando, 1991; Godin et al., 1993).

El nivel deportivo o el tipo de objetivos perseguidos en la práctica físico-deportiva son, asimismo, factores relevantes que regulan su relación con la salud. En su caso más extremo podríamos mencionar el fenómeno del dopaje, a través de la ingesta de sustancias o manipulaciones biomédicas más o menos llamativas, obviamente contraindicadas en términos de salud y que se extiende con cierta frecuencia a deportistas más allá de los de alto rendimiento.

Si hacemos hincapié en el componente más psicológico de la salud, nos encontramos con que la actividad físico-deportiva se utiliza en ocasiones como elemento de apoyo en terapias contra la depresión o el estrés, o como una estrategia preventiva. Sin embargo, de nuevo se trata de una relación ambivalente, ya que una práctica inadecuada puede incluso llevar a experimentar esos estados desagradables y aumentar los niveles de estrés hasta cotas muy altas, llegando a provocar el síndrome del *burnout* con todas las consecuencias adversas para la salud y el bienestar que comporta (Garcés de los Fayos, 1999^a, 1999b; Garcés de los Fayos y Cantón, 1995).

Al considerar los aspectos emocionales, tenemos que introducir un apunte crítico sobre la orientación que encontramos en muchos trabajos, que sólo contemplan la mejora de la salud y el bienestar psicológico en la medida en que se reducen o eliminan psicopatologías y estados emocionales negativos (depresión, ansiedad,...). Evidentemente, al igual que ocurre con la ausencia de enfermedad, se trata de factores importantes que pueden afectar nuestra salud, sin embargo, no podemos olvidarnos del otro componente, más positivo, y que consiste en la capacidad para experimentar estados emocionales agradables. De hecho, es habitual que las personas digan sentirse mejor después de realizar ejercicio, antes que formularlo en términos de encontrarse “menos mal” que antes de realizarlo. Por lo tanto, podríamos referirnos a la prevención y mejora de estados negativos para la salud psicológica, tanto como la promoción del bienestar emocional, factor clave de nuestra salud.

Para concluir este punto, podemos abordar el componente más psicosocial de las relaciones con la actividad físico-deportiva: la calidad de vida. Podemos comenzar por señalar que esta relación la encontramos fundamentalmente en aquellas sociedades que tienen un desarrollo suficiente como para que se pueda practicar de manera generalizada, dedicando tiempo y recursos necesarios; es decir, sociedades que disponen de tiempo de ocio entendiéndolo como “el conjunto de actividades que una persona realiza en su tiempo libre, porque desea hacerlas, sin presiones externas, con el objetivo de divertirse, entretenerse, desarrollarse a sí mismo, o cualquier otro objetivo que no implique beneficios materiales” (Argyle, 1996).

Por otra parte, la calidad de vida se refiere a los estilos de vida social, la asunción de riesgos, los hábitos diarios y, en conjunto, el entorno social en el que se desarrolla la persona así como la forma subjetiva de vivenciarlo (Cantón, 2000). En este sentido, Rodríguez Marín (1995) diferencia entre felicidad, que recogería el aspecto subjetivo de la calidad de vida, y el estado de bienestar, que se referiría a los aspectos objetivos (nivel económico y social). Todo ello explica el hecho de que cada persona defina la calidad de vida de forma muy diferente, aplicando a la consideración subjetiva de sus condiciones reales, las diferentes escalas de valores que posean. Por su parte, Levy y Anderson (1980) definen la calidad de vida como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa; e incluyen aspectos tan variados como la salud, el matrimonio, la familia, el trabajo, la

vivienda, la situación financiera, las oportunidades educativas, la autoestima, la creatividad, la competencia, etc. Todos estos puntos de vista distintos sobre lo que entendemos por calidad de vida se apoyan en diverso grado en los diferentes elementos que los componen (económicos, sociales, laborales, emocionales).

Así pues, la calidad de vida tiene un gran componente subjetivo de ahí que, por ejemplo, los que practican deportes de riesgo consideran que su calidad de vida aumenta y se sienten mejor cuando pueden practicarlo, no considerando en absoluto que arriesgan su salud e incluso su vida (Enriquez, Sánchez y Cantón, 1999; Sánchez, 1998; Sørensen, 1997).

En todos los casos, la práctica de actividad físico-deportiva puede ser un factor de calidad de vida en la medida que se cumplan algunas condiciones: que se realice como una actividad de ocio y tiempo libre; que mejore o mantenga la salud; que sus beneficios socioeconómicos sean mayores que sus costes (renuncia a otras actividades, empleo de recursos económicos, relaciones interpersonales,...); y que se experimenten emociones placenteras en su práctica.

También en este caso, al relacionar el deporte con la calidad de vida, debemos contemplar otros factores que median y regulan la interacción. Un primer elemento es el tipo de población que practica, desde los más jóvenes y sanos, para quienes posiblemente sea el problema del abandono uno de los más cruciales, hasta las denominadas poblaciones especiales. Entre estas últimas, se incluye junto con las personas de mucha edad o con deficiencias de algún tipo, a otros grupos como el compuesto por la población carcelaria, para quienes el deporte tiene un efecto positivo sobre sus estilos de vida saludable, si bien el grado de abandono es asimismo muy alto (Chamarro, Blasco y Palenzuela, 1998).

2.- SITUACIÓN ACTUAL.

El inicio de los estudios que relacionan la calidad de vida con el ejercicio y el deporte se sitúa en la década de los años 70, casi desde el comienzo del desarrollo de la propia área de la psicología del deporte a nivel internacional (Cruz y Cantón, 1992). Desde entonces hasta el momento actual, por la bibliografía especializada consultada, podríamos decir que no hay resultados determinantes en cuanto a que exista una relación general, directa e inespecífica entre la práctica de actividad físico-deportiva y la mejora del bienestar psicológico (Leith y Taylor, 1994).

Los estudios en este campo son muy heterogéneos (Blasco, 1994) y se han aplicado distintos modelos. Quizás los más extendidos sean el Modelo de Creencia en la Salud (*Health Belief Model*) de Maiman y Becker (1974), que se centra en el papel que desempeñan las cogniciones en la conductas de salud, las barreras y beneficios percibidos y las claves del entorno que facilitan la acción. Este modelo se ha aplicado al ejercicio con un éxito relativo (Biddle y Mutrie, 1991)

Otro modelo que se viene empleando es la Teoría de la Acción Razonada elaborada por Ajzen y Fishbein (1980), y su desarrollo posterior, la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991), en la que de manera sintética se plantean los factores implicados en el proceso de acción a partir de la intención y la percepción de control de la conducta, en la línea del Modelo de la Autoeficacia, también empleado en este ámbito.

Por último, cabe mencionar el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (1982) que consideran la necesidad de establecer diferentes estrategias en función de la fase de la acción en que nos encontramos, y que también se ha aplicado al deporte (Marcus y Simkin, 1993; Prochaska y Marcus, 1994).

También se han desarrollado modelos específicos del ejercicio, como son el Modelo de Participación en Actividad Física, de Sonstroem (1988), que relaciona las actitudes hacia el ejercicio

con la autoestima, que ha obtenido cierta evidencia empírica fundamentalmente en su validez para la explicación del mantenimiento y adherencia al ejercicio; y el Modelo de Conducta de Ejercicio, de Noland y Feldman (1984), más orientado hacia la explicación de la iniciación en la actividad físico-deportiva y que considera los factores predisponentes que facilitan y dificultan la acción, y los que la modifican, como el estado de salud o la historia previa de práctica.

En conjunto, los modelos social-cognitivos, al igual que en otras áreas de la psicología, pueden llegar a explicar hasta cerca de la mitad de la varianza de la conducta de ejercicio (Biddle y Mutrie, 1991, Sørensen, 1997), siendo la teoría de la conducta planeada más potente que la de la autoeficacia en la explicación del comportamiento.

Asimismo, de acuerdo con lo que plantean algunos autores (Lox y Rudolph, 1994; De Gracia y Marco, 1997), los instrumentos de medida desarrollados en este ámbito no muestran una gran consistencia y suelen caracterizarse por una cierta simplicidad y cierta carencia de una base conceptual claramente fundada. En algún caso, incluyendo los instrumentos más empleados actualmente, o bien están excesivamente sesgados hacia la evaluación de los aspectos negativos del bienestar, como pueden ser el caso de la escala que establece un perfil de estados de ánimo, P.O.M.S., de McNair, Lorr y Droppleman (1971), que sólo incluye una dimensión positiva - la escala de Vigor-; o bien no queda muy claro si las dimensiones evaluadas son aspectos emocionales y/o físicos, y si estos últimos están claramente diferenciados de las sensaciones o experiencias subjetivas y su autovaloración, como es el caso de la *Subjective Exercise experience Scale* (S.E.E.S.) de McAuley y Courneya (1994).

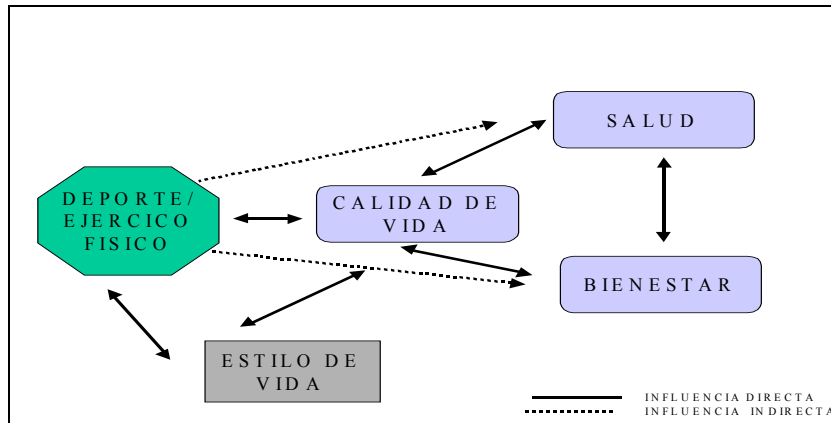
3.-ORIENTACIONES Y SUGERENCIAS DE TRABAJO.

En estos momentos quizá tenemos más preguntas que respuestas, pero no cabe duda que saber a qué tenemos que responder ya es un paso considerable, para ello nos vendría bien disponer de modelos teóricos de medio o largo alcance. Mientras los vamos elaborando y sometiendo a contrastación empírica, puede resultar de utilidad disponer de esquemas de relaciones conceptuales, de menor entidad heurística que un modelo, pero que podrían servirnos como un paso para ir organizando la información existente y facilitar el desarrollo de investigaciones que den consistencia y validez a las propuestas formuladas.

De manera simplificada, como se muestra en el Gráfico 2, podemos sugerir un esquema relacional entre las variables que venimos comentando, estableciendo dos niveles de relación entre el deporte y el ejercicio físico y la calidad de vida tomados como ejes básicos: una relación directa, compartida con el estilo de vida, y otra indirecta, a través que el efecto del ejercicio y el deporte tienen sobre la salud y el bienestar.

La actividad físico-deportiva - siempre ajustada a la persona sobre criterios sólidamente fundados en las ciencias del deporte y debidamente realizada -, influye directamente sobre la calidad de vida en la medida en que puede incidir directamente sobre la organización del tiempo de ocio o de sus hábitos de salud. la calidad de vida, en la medida que se asocia con organizarse y disponer de recursos personales y materiales suficientes, es condición necesaria para realizar estas actividades. Indirectamente, ya hemos mencionado como la actividad físico-deportiva influye sobre la salud y el bienestar, elementos a su vez básicos a la hora de considerar de cualquier forma la calidad de vida.

GRAFICO 2. Influencias directas e indirectas del deporte en la calidad de vida.



La actividad físico-deportiva puede tener una influencia, directa o indirecta, sobre la calidad de vida en un doble sentido: por todo lo que puede aportar (mejorar la condición física, facilitar relaciones interpersonales, disfrute,...) y por lo que puede evitar (prevenir deterioros físicos, soledad, alteraciones emocionales,...). Desde la psicología de la actividad física y el deporte, podemos contribuir a que se produzcan estos efectos, tanto actuando sobre las personas que la practican como sobre todos aquellos de quienes depende la organización y dirección de la actividad, e incluso con propuestas de modificación de las condiciones físicas o reglamentarias de la práctica. Nuestro objetivo sería conseguir mejoras en los niveles de calidad de vida, y el criterio básico para comprobar nuestra eficacia, el grado de bienestar promovido, fundamentalmente en el terreno emocional, ya que son precisamente los estados emocionales los que mejor pueden indicar si la actividad físico-deportiva de cada persona está cumpliendo una labor positiva, independientemente de la condición socioeconómica o incluso física de cada uno. Dicho en otras palabras, si conseguimos que la persona se sienta bien practicando, posiblemente estemos ayudando a mantener/mejorar su salud y, desde luego, a afianzar o promover su calidad de vida.

Para concluir, podemos considerar algunas sugerencias prácticas de actuación, como las que proponen Biddle y Mutrie (1991), que redundarían en la creación de mejores hábitos de práctica físico-deportiva y la facilidad para llevarla a cabo:

- * Aumentar la participación diaria de la educación física en las escuelas.
- * Incrementar la actividad física dentro de las clases de educación física.
- * Incrementar los programas de actividad física en los centros de trabajo.
- * Aumentar el número de instalaciones deportivas públicas y privadas.
- * Aumentar la capacitación y formación de los profesionales del área.

A éstas podríamos añadir por nuestra cuenta algunas otras sugerencias, como son: intentar ajustar al máximo la actividad físico-deportiva a las características individuales de cada persona, aunque ello implique introducir modificaciones en reglas, instrumentos y demás; hacer que predomine en la actividad la búsqueda de experimentar emociones agradables, que son el mejor criterio subjetivo/objetivo de que se están consiguiendo buenos resultados para la persona; orientar la actividad considerando el entorno social de la persona, lo que permite la creación de una red de

apego o apoyo interpersonal; flexibilizar al máximo la dirección de los programas de actividad físico-deportiva, mejorando la comunicación entre participantes y flexibilizando la toma de decisiones para potenciar al máximo la participación; y por último, seguir avanzando en la capacitación profesional y la investigación científica de estas actividades.

No tenemos que olvidar que al fin y al cabo estas actividades fueron creadas por el ser humano para su disfrute y beneficio, incluso cuando sustituían la confrontación bélica entre estados, y sería bueno no dejar que esta creación objetivizada –como ya ocurre con otras– se convierta en un factor adverso y sin control para nosotros.

4.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argyle, M. (1996). *The social psychology of leisure*. New York: Penguin Books.
- Azjen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Biddle, S. y Mutrie, N. (1991). *Psychology of Physical Activity and Exercise*. London: Springer Verlag.
- Blair, S., Jacobs, D. y Powell, K. (1985). Relationships between exercise or physical activity and others health behaviors. *Public Health Reports*, 100, 172-180.
- Blasco, T. (1994). *Actividad física y salud*. Barcelona: Martínez Roca.
- Blasco, T., Capdevila, Ll., Pintanel, M., Valiente, L. y Cruz, J. (1996). Evolución de los patrones de actividad física en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología del Deporte*, 9-10, 51-63.
- Buffone, G. (1984). Exercise as a Therapeutic Adjunct. En J. Silva y R. Weinberg (Eds.): *Psychological Foundations of Sport* (pp. 445-451). Champaign, Il Human Kinetics Publishers.
- Cantón, E. (1999). Motivación en el deporte, ¿de qué estamos hablando?. *Revista de Psicología del Deporte* (Comentarios), 8(2), 277-302.
- Cantón, E. (2000). Principios básicos de ocio, diversión y esparcimiento. En E. Cantón (Coord.): *Ocupación del tiempo libre, ocio*. Valencia: Universidad de Valencia (Master Universitario de Psicología y Gestión Familiar, Módulo 5) (pp. 15-27).
- Cantón, E. y Sánchez-Gombau, M. C. (1998). Valores y hábitos de salud en una muestra de escolares valencianos. *Revista d'Informació Psicològica*, 67, 28-35.
- Cantón, E. y Sánchez-Gombau, M.C. (1999). Estrategias de cambio de actitudes: la "intervención mediada" psicológicamente en el entrenamiento deportivo. En G. Nieto y E.J. Garcés (Coord.): *VII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y del Deporte* (Vol. I, pp. 60-68). Murcia: Sociedad Murciana de Psicología de la Actividad Física y el Deporte.
- Cantón, E. y Sánchez-Gombau, M.C. (2000). Actitudes y valores en el contexto deportivo de una muestra de jóvenes valencianos. *II Jornadas de Psicología de la Actividad Física y el Deporte* (pp. 53-64). Castellón: Servicio Publicaciones Diputación de Castellón.
- Caspersen, C.J., Powell, K.E. y Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100 (2), 126-131.
- Chamarro, A., Blasco, T. y Palenzuela, D.L. (1998). La práctica de ejercicio en las prisiones: factores asociados a la iniciación y el mantenimiento. *Revista de Psicología del Deporte*, 13, 69-91.

- Cruz, J. y Cantón, E. (1992). Desarrollo histórico y perspectivas de la Psicología del Deporte en España. *Revista de Psicología del Deporte*, 1
- De Gracia, M. y Marco, M. (1997). Adaptación y validación factorial de la Subjective Exercise Experiences Scale (SEES). *Revista de Psicología del Deporte*, 11, 59-68.
- Enriquez, A., Sánchez-Gombau, M.C. y Cantón, E. (1999). Deportes de riesgo y transgresión de normas en adolescentes: factores motivacionales. En G. Nieto y E.J. Garcés (Coord.): VII Congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y del Deporte (Vol. I, pp. 135-148). Murcia: Sociedad Murciana de Psicología de la Actividad Física y el Deporte.
- Garcés de los Fayos, E.J. (1999a). *Burnout en deportistas: un estudio de la influencia de variables de personalidad, sociodemográficas y deportivas en el síndrome*. Tesis Doctoral, Universidad de Murcia.
- Garcés de los Fayos, E.J. (1999b). Nivel de *burnout* y rendimiento deportivo. En E. Cantón (Ed.): *Motivación y su aplicación al deporte*. Valencia: Promolibro.
- Garcés de los Fayos, E.J. y Cantón, E. (1995). El cese de la motivación: el síndrome del *burnout* en deportistas. *Revista de Psicología del Deporte*, 7-8, 147-154.
- García Ferrando, M. (1991). *Los españoles y el deporte (1980-1990): un análisis sociológico*. Madrid: Consejo Superior de Deportes, Ministerio de Educación y Ciencia.
- García Miranda, M.P. (1997). Efectos del ejercicio físico sobre las relaciones afectivo-sexuales. VI Congreso Nacional de Psicología del Deporte. Las Palmas de Gran Canarias, 19-22 Marzo.
- Godin, G., Valois, P. y Lepage, L. (1993). The pattern of influence of perceived behavioral control upon exercising behavior: an application of Azjen's theory of planned behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 16
- Lance, K. (1977). *Running for health and beauty: a complete guide for women*. New York: Bobs-Merill.
- Leith, L.M. y Taylor, A.H. (1994). Psychological aspects of exercise: a literature review. *Journal of Sport Behavior*, 13, 219-239.
- Levy, L. y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: El Manual Moderno.
- Lox, C.L. y Rudolph, D.L. (1994). The Subjective Exercise Experiences Scale (SEES): Factorial validity and effects of acute exercise. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 4, 837-844.
- Maiman, L.A. y Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model: origins and correlates in psychological theory health. *Education Monographs*, 2
- Marcus, B.H. y Simkin, L.R. (1993). The stages of exercise behavior. *Journal of Sport Medicine and Physical Fitness*, 33, 83-88.
- Maroto, J.M. y De Pablo, C. (1995). *Ejercicio físico y corazón*. Madrid: Fundación Española del Corazón.
- McAuley, E. y Courneya, K.S. (1994). The Subjective Exercise Experiences Scale (SEES): Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 163-177.
- McAuley, E., Courneya, K.S., Rudolph, D.L. y Lox, C.L. (1994). Enhancing exercise adherence in middle-aged males and females. *Preventive Medicine*, 23, 498-506.
- McNair, D., Lorr, M. y Droppleman, L. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- Noland, M.P. y Feldman, R.H.L. (1984). Factors related to the leisure exercise behavior of returning women college students. *Health Education*, 15(2), 32-36

- Paffenbarger, R.S., Hyde, R.T., Wing, A.L. y Hsieh, C.C. (1986). Physical activity, all-cause mortality and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, 314, 605-613.
- Pelletier, K. (1986). *Longevidad*. Barcelona: Hispano Europea.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J.O. y Marcus, B.H. (1994). The transtheoretical model: the applications to exercise. En R.K. Dishman (ed.): *Exercise and sport sciences reviews* (vol. 18, pp. 307-330). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Page, R.M. y Tucker, L.A. (1994). Psychosocial discomfort and exercise frequency: an epidemiological study of adolescents. *Adolescence*, 29, 113, 183-191.
- Pate, R.R. et al. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sport Medicine. *Journal of American Medical Association*, 273, 402-407.
- Sánchez, A., García, F., Landabaso, V. y De Nicolás, L. (1998). Participación en actividad física de una muestra universitaria a partir del modelo de las etapas de cambio en el ejercicio físico: un estudio piloto. *Revista de Psicología del Deporte*, 7(2), 233-245.
- Sánchez-Gombau, M.C. (1998). *La búsqueda de sensaciones como variable motivacional en las conductas de riesgo*. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia.
- Sánchez-Gombau, M.C. y Cantón, E. (1999). Psicología de la actividad físico deportiva, estilos y hábitos de vida. En F. Guillén (Comp.): *La psicología del deporte en España al final del milenio* (pp. 453-470). Las Palmas G. Canarias: Universidad de las Las Palmas.
- Sørensen, M. (1997). The contribution of psychological theory to the understanding of health behaviour change and maintenance. Applications to exercise. *Revista de Psicología del Deporte*, 12, 109-118.
- Sonstroem, R.J. (1988). Psychological models. En R.K. Dishman (Ed.): *Exercise adherence. Its impact on Public Health* (pp. 125-154). Champaign, Il: Human Kinetics Publishers.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Taylor, C.B., Sallis, J.F. y Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*, 100(2), 195-202.
- Thuot, S.M. (1995). College students' attitudes toward anticipated sport participation. *Perceptual and Motor Skills*, 80, 155-160.
- Velasco, J.A. (1991). Perspectiva actual de la rehabilitación cardíaca. *Monocardio*, 28, 10-18
- Zarbatany, L., Hartmann, D.P. y Rankin, D.B. (1990). The psychological functions of preadolescents peer activities. *Child Development*, 61, 1067-1080.