

La salud, desde una perspectiva integral

LUIS MARCEL VALENZUELA CONTRERAS

Profesor de Educación Física por la Universidad de Chile. Doctor en Actividad Física y Ciencias del Deporte por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria - España. Profesor de la Universidad Católica Silva Henríquez - Chile. Escuela de Educación en Ciencias del Movimiento y Deportes.

Contacto: lvalenzuela@ucsh.cl

Recibido: 24.04.2015
Aprobado: 14.08.2016

Resumen: El propósito del artículo, es comprender cómo a través de la historia y a partir de la definición de salud como la mera ausencia de enfermedad, diferentes autores y la propia Organización Mundial de la Salud a partir de 1946, en su carta constitucional proponen otra definición y a su vez autores entendidos en la materia incorporan otros elementos como la afectividad, la emoción, el entorno entre otros; con el objetivo de explicar que la salud humana debe abarcar todas las dimensiones del ser humano (cognitiva, afectiva y motriz). A la vez considerar, por un lado, aspectos relevantes como el entorno y el contexto biológico-sociocultural, y por otro, elementos subyacentes como la emocionalidad, configurando así el término “salud integral”.

Palabras clave: Salud. Integralidad.

HEALTH FROM A INTEGRAL PERSPECTIVE

Abstract: The purpose of the article is to explain how through history, and based on the definition of health as the mere absence of disease, different authors, as well as the World Health Organization itself since its establishment in 1948, propose another definition, and also how authors experienced in the subject incorporate other elements, such as affection, emotion, environment, among others, in order to explain that human health should include all the dimensions of the human being (cognitive, emotional and mobility). It also contemplates relevant aspects, such as the environment and biological-sociocultural context and other underlying elements such as emotivity, thus configuring the term “integral health”.

Key words: Health. Comprehensiveness.



CONCEPTO DE SALUD, UNA APROXIMACIÓN

Definir el concepto de salud y a su vez interpretarlo puede parecer simple, pues existen en la actualidad numerosas definiciones en distintas áreas del conocimiento que nos acercan sin dificultad al concepto.

Tomemos como punto de partida la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) que en su carta constitucional señala que la salud “es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Sin embargo, algunos autores han realizado consideraciones particulares.

En este contexto Álvarez (2007), expresa que la definición de la OMS se encuentra en un triángulo, en cuyos lados están las dimensiones, física, mental y social de la salud. Considera además que ésta, debe tener en cuenta al ser humano en su totalidad, visión que compartimos plenamente. Desde este principio surge el término de *salud holística*, que comprende en su definición las dimensiones física, mental, social, emocional y espiritual, de manera interdependiente y a la vez, integradas en el ser humano, que funciona como una entidad completa en relación con el mundo que le rodea (ÁLVAREZ, 2007).

Por otra parte, Devís *et al.* (1998), manifiestan que la palabra salud, y adjetivos como “saludables” y “sanos” se mencionan y se escuchan por doquier, adquiriendo una gran popularidad. Igualmente, dichos autores se refieren a la definición de salud aportada por la OMS en relación con la diferencia existente entre un aspecto positivo (bienestar) y otro negativo (enfermedad) (DEVÍS *et al.*, 1998).

Asimismo, López y Frías (2002) expresan que

el deseo de los hombres por gozar de salud, con objeto de realizar todo aquello para lo que su racionalidad les capacite, es una constante a lo largo de la historia de la humanidad. Los intentos por definirla, a pesar de su valor extraordinario y relativo, han sido y continúan siendo múltiples y pluralistas.

Desde esta perspectiva, el concepto de salud tiene una complejidad que traspasa lo netamente cultural, abarcando también el factor histórico como eje fundamental a partir del cual es posible definirla. Profundizando en esta misma cuestión, los autores mencionados en el párrafo precedente señalan que el concepto de salud es dinámico e histórico y se modifica de acuerdo a la época y a las condiciones ambientales en las que nos encontramos.

Es aquí, entonces, de donde emerge la complejidad de definir e interpretar el concepto de salud en la actualidad, ya que estaría fuertemente relacionada no sólo con las distintas visiones que los autores especializados ofrecen del término, sino también con la época en la cual ellos viven, siendo influenciados, al mismo tiempo, por el contexto cultural de cada grupo social del cual participa, adquiriendo el significado más pertinente de acuerdo con factores socioculturales e históricos que no siempre son compartidos por todas las comunidades humanas.

Reforzando lo anterior, Ramos (2003) señala que el concepto de salud, “si no se circunscribe al momento histórico y al contexto cultural en el que se encuentra, adquiere un significado radicalmente diferente”. De lo que se deduce acertadamente a nuestro juicio que “por eso en cada momento que se vive, existe un pensamiento y unos valores que, unidos a unos conocimientos técnicos y desarrollo tecnológico, lo configuran”. En este mismo contexto el mismo autor destaca de Domínguez que “la salud no es una identidad, una realidad en el sentido de la cosa, *res rei*, como pudiera ser una caja o una mesa” (RAMOS, 2003, p. 27).

Considerando esta singularidad y reconociendo que los conceptos trascienden a sus autores, podemos señalar que hasta mediados del siglo XX la salud se distinguió por su concepción biologicista, es decir, a partir de la enfermedad. Al respecto, López y Frías (2002), manifiestan que la enfermedad se ha explicado desde distintas teorías, entre las que se cuentan la demoníaca, la mítica, la humoral, la miasmática y la microbiana (LÓPEZ; FRÍAS, 2002).

En la *teoría demoníaca* el dolor, la enfermedad y la muerte eran producto de espíritus malignos. En la mitología griega, por ejemplo, existían los *dioses medicinales*, entidades divinas quienes tenían a su cargo las mejoras o curas milagrosas de los creyentes

que asistían a los templos en pos de una sanación a sus dolencias. Los escritos que se conocen desde Hipócrates señalan que la medicina griega tomó distancia paulatina de la *teoría demoníaca* hasta su total desaparición, centrando con el tiempo su foco de atención en la objetividad, la observación y el registro de los síntomas de los enfermos.

La *teoría humoral*, por su parte, data del tiempo del mismo Hipócrates y plantea que los componentes principales de donde provenían las enfermedades humanas eran: la flema, la sangre, la bilis amarilla y la bilis negra. En relación con la *teoría humoral*, Ramos (2003), señala que el médico griego Alcmeón de Crotona, establecía la relación de la salud con el equilibrio entre el agua, la tierra, el aire y el fuego y que, con los diferentes humores, se percibía una combinación compensada de las capacidades de las que uno y otro eran portadores (calor, sequedad, frío y humedad). De acuerdo con este autor, en el siguiente esquema se representa el pensamiento clásico de la salud:

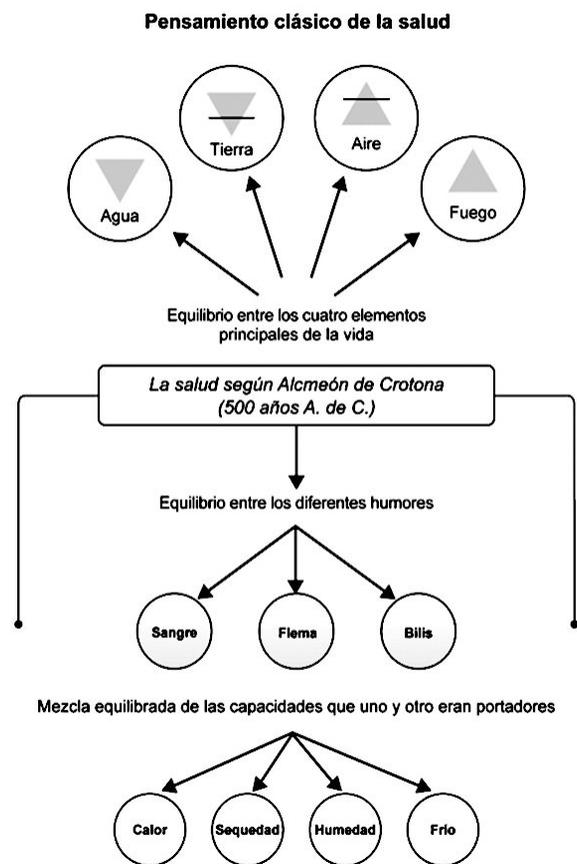


Figura 1: Pensamiento clásico de la salud.
 Fuente: Valenzuela (2008).

Por otra parte, López y Frías (2002), expresan que la teoría microbiana tomó fuerza a mediados del siglo XX con los trabajos de Pasteur y Koch, que dieron esperanza a la humanidad respecto del dominio y control de las enfermedades, que hasta ese momento permanecían *invisibles* a los ojos humanos, descubriendo un germen que daría fuerza a los postulados de la etiología (LÓPEZ; FRÍAS, 2002).

La comunidad científica cuestionó fuertemente el descubrimiento de la teoría microbiana, particularmente la realizada por el epidemiólogo de la época, Von Pettenkoffer. Entre los principales argumentos contrarios estaba la pretensión de encerrar en una probeta la causa del cólera, puesto que a juicio de los opositores, las causas de esta enfermedad eran la ignorancia, la miseria, el hacinamiento y los problemas de aseo en el ambiente de la población. A pesar de esta discusión, la teoría microbiana siguió su camino y todo lo relacionado con la bacteriología y la quimioterapia son todavía elementos esenciales para el tratamiento de las enfermedades.

La discusión acerca del origen de las enfermedades mantuvo un tanto al margen la reflexión del concepto mismo de salud, la cual se entendió durante mucho tiempo como la ausencia de enfermedades. Por tanto, su definición no representaba materia de preocupación para los grupos sociales o científicos.

Desde una perspectiva actual y, tal como hemos anticipado anteriormente, cada área del conocimiento, cada disciplina en particular, ha pretendido abordar el concepto de salud y de alguna forma incidir en él. Por ejemplo, desde la medicina, la salud es la ausencia de enfermedad; desde la fisiología se plantea que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones; la psicología se focaliza en el equilibrio mental; la condición física en tener un nivel de eficiencia motriz; la estética, ser o parecer robusto y saludable y la religión, conseguir un estado de gracia espiritual (RAMOS, 2003).

No obstante lo expuesto, la mayoría de los autores coinciden y reconocen en algún momento que el concepto y significado de salud que la OMS aportó en 1946, fue pertinente y acertado, aún reconociendo que los tiempos van cambiando las visiones de la sociedad en mayor o menor grado.

Particularmente, López y Frías (2002), Ramos (2003) y Sánchez (1996), se refieren a la visión restringida que tiene la medicina en la definición del concepto de salud, al plantear que ésta es sólo la *ausencia de enfermedad*. Daremos a continuación la opinión de cada uno de estos autores en relación con el tema que nos atañe

El primero de ellos reflexiona señalando que si bien en un tiempo fue importante incorporar en la definición de salud el área mental y social, existen actualmente cinco aspectos que han sido foco de críticas y discusiones profundas. A partir del postulado de la OMS, la salud:

- Es utópica.
- Equipara el bienestar a la salud.
- Expresa más un deseo que una realidad.
- Considera la salud como un estado estático e invariable.
- Es, coherentemente, una definición subjetiva procedida de una visión particular y excluyente de otras visiones más integrales.

Ramos (2003) por su parte, expresa que la definición aportada por la OMS es una de las *definiciones más antiguas y en total desuso*, pues muestra dos inconvenientes: identificar la salud con *no enfermedad* y no permitir estados intermedios, pues sólo reconoce sujetos enfermos o sanos. Desde esta perspectiva, el anhelo de un completo bienestar o de un continuo de polos positivos y negativos (salud y enfermedad), transforma la definición de *salud en inalcanzable y subjetiva, puesto que las personas pueden estar subjetivamente bien (por fuera), pero objetivamente mal (por dentro)*.

Sánchez (1996), afirma sin embargo que la mirada de la OMS fue útil desde el punto de vista práctico de la medicina tradicional, ya que sólo promovía un enfoque dirigido a la presencia de la enfermedad, donde la población reconocía un estado saludable sólo cuando se manifestaba la enfermedad para que el médico la eliminara.

Entre los autores críticos del concepto de salud de la OMS, se encuentra Terris (1980), quien señala que la salud debe considerar dos aspectos fundamentales: uno subjetivo (*sentirse bien*), y otro objetivo (*la capacidad para la función*). Para ello, propone eliminar la palabra completo de la definición de la OMS, pues la salud y la enfermedad no son valores absolutos: existen distintos niveles de salud, como distintos niveles de enfermedad incluyendo la

capacidad de funcionar como un aspecto objetivo. Propone un concepto de salud que emana de la OMS, pero con los alcances antes señalados. Dicho esto, la salud sería *el estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de función y no solamente la salud estaría dada por la ausencia de afecciones o enfermedades* (TERRIS, 1980).

Como vemos, los esfuerzos de todos los especialistas están centrados en la búsqueda de un concepto de salud que tienda al equilibrio (aspecto casi inalcanzable en los tiempos actuales), respecto de factores fundamentales del bienestar humano como la salud mental, la emoción, el movimiento, el contexto sociocultural al cual pertenecemos y a la época en que vivimos.

En este contexto, Rodríguez (1995) toma la definición de Salleras (1985) y expone que la salud sería “el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico, social y capacidad funcional que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad” (SALLERAS, 1985, p. 16). A nuestro juicio y desde una visión integral, incorpora el mismo Rodríguez (1995) concepciones de otros autores proponiendo y sugiriendo considerar aspectos con mayor significancia para el propio concepto de salud, tal como se indica a continuación:

- La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que ha de ser entendida como una forma más positiva, como un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potencialidades, tendiendo a la plenitud de su autorrealización como entidad personal y como entidad social (SAN MARTÍN, 1985).
- El concepto de salud es dinámico y cambiante, y su contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que la formula y/o que lo acepta (DE MIGUEL, 1985).
- La salud es un derecho de la persona como tal y como miembro de la comunidad, pero además, es una responsabilidad personal que debe ser fomentada y promocionada por la sociedad y sus instituciones (FONT, 1976). En consecuencia hay que promover en el individuo igualmente la autorresponsabilidad para defender, mantener y mejorar la salud, fomentando la mayor autonomía posible respecto al sistema sanitario (BARRIGA, 1988).

- La promoción de la salud es una tarea interdisciplinaria que exige la coordinación de las aportaciones científico-técnicas de distintos tipos de profesionales.
- La salud es un problema social y un problema político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad (FONT, 1976).

De estas apreciaciones inferimos que la búsqueda del equilibrio en la vida de los seres humanos y su responsabilidad individual respecto de la salud, (adoptando e incorporando hábitos y comportamientos que modifiquen conductas); requiere de la incorporación de una visión más global y acciones específicas con sentido, que permitan modificar los patrones de acción o los hábitos que atentan contra la existencia de las personas.

En este contexto y en relación con los aspectos significativos de la salud, Sánchez (1996), destaca como importantes tres consideraciones:

- La primera de ellas es la responsabilidad del individuo como ser autónomo, entendiendo esto como la adopción de unos u otros hábitos comportamentales, que se relacionan con una serie de aspectos, los que influyen notablemente en la salud de la persona.

- La segunda consideración acerca de la salud del individuo y la salud colectiva, es que no solamente es competente el cuerpo médico, ya que puede y debe ser abordada por otras visiones, como por ejemplo, la de la Psicología de la Salud. Este enfoque permite el ingreso de un sinnúmero de especialistas, que se encuentran vinculados al tema, no solamente con el proceso de curación de enfermedades, sino que también con conductas personales y grupales que tienen una contribución significativa de la concepción integral y positiva de la salud.

Reforzando esta argumentación, presentamos un esquema acerca de la dinámica de la sociedad de consumo y cómo ella influye sobre el comportamiento de las personas (AMADOR; VALENZUELA 2010).

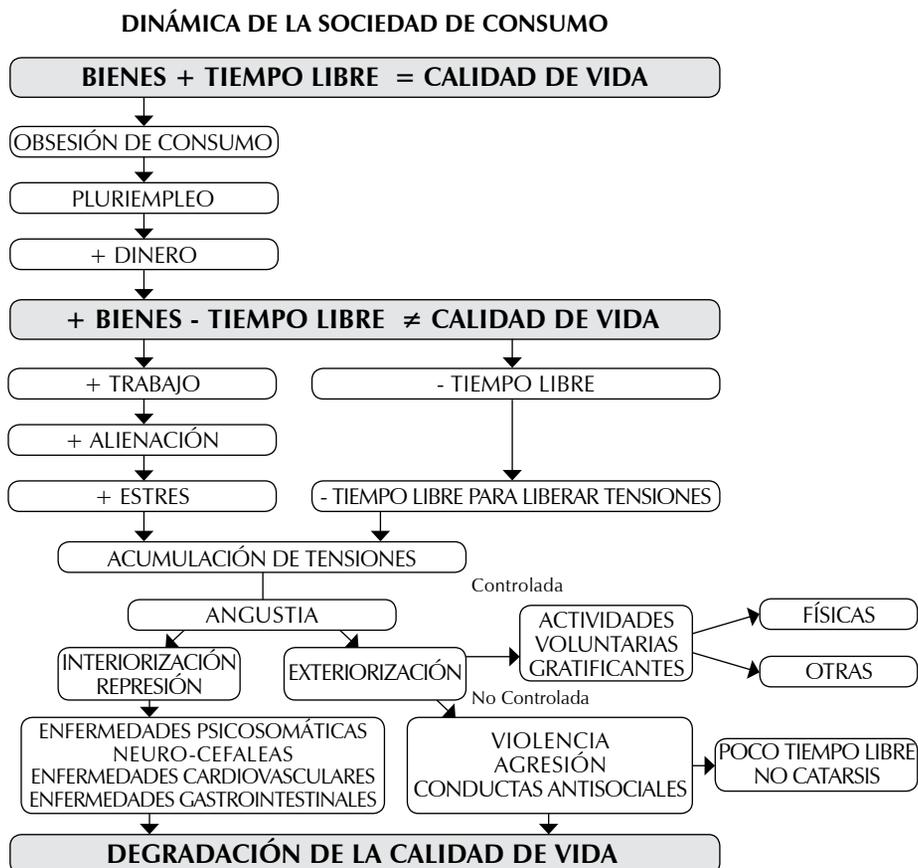


Figura 2: Comportamiento de la vida en una sociedad de consumo.
 Fuente: Amador y Valenzuela (2010, p.69).

Por último, Sánchez (1996) plantea como tercer punto que una concepción dinámica de la salud sería mucho más adecuada ya que la rapidez con que evolucionan los acontecimientos en las sociedades avanzadas contemporáneas hace surgir nuevos retos, cuya superación exige a las personas ser capaces de aportar continuamente, nuevas soluciones.

Coincidimos plenamente con dicho autor al manifestar igualmente que, en su conjunto, los aspectos comentados conforman una concepción de salud notablemente vinculada al concepto de calidad de vida. Desde esta perspectiva, se considera la dimensionalidad física, psicológica y social de la salud. Bouchard, Shephard y Stephens¹ (*apud* SÁNCHEZ, 1996, p. 23), expresan que:

se pueden contemplar dos extremos absolutamente contrapuestos: por una parte, un estado de signo positivo, y por otra, un estado de signo negativo. Frente al paradigma de salud perfecta o enfermedad, este modelo plantea la posibilidad de muy diversos estados de salud de acuerdo a la ubicación del individuo en cada escala bipolar, correspondiente a cada una de las dimensiones bio-psicosociales que definen la salud.

Es necesario y de acuerdo con lo planteado explicitar en esta visión la importancia de la afectividad, elemento que se refleja en las emociones, aspecto relevante para nosotros en un estado de salud integral.

Con estos antecedentes y tras haber expuesto una revisión de distintas definiciones y visiones en torno al concepto de salud en la búsqueda de una definición integral, queremos apuntar que nos identificamos con la aportada por San Martín y Pastor (1998), quienes señalan que la salud es un momento relativo, es decir, un período de salud-enfermedad cambiante, variable, individual y colectivo, producto de todos los determinantes sociales genéticos, biológicos y ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se enuncian en nuestra biología (SAN MARTÍN; PASTOR, 1998).

El concepto de salud de San Martín y Pastor (1998), hace notar que existen varios aspectos particularmente importantes a considerar:

- El estado de salud no puede ser absoluto, ya que es inseparable del ambiente y éste es variable, al igual que el propio ser humano.

¹ BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.; STEPHENS, T. **Physical activity, fitness and health international proceeding and consensus stament.** Champaign, IL: Human Kinetics, 1994.

- Por la misma razón, no existe límite neto entre la salud y la enfermedad.

- Existen al menos tres componentes relevantes: uno subjetivo (bienestar); otro objetivo (capacidad para la función); y por último, el ecológico (adaptación biológica, mental y social del individuo).

No obstante, no quisiéramos dejar de mencionar el aspecto emocional que está en estrecha relación con la dimensión de la afectividad pues desde una concepción de salud integral, que va a estar presente a lo largo del presente trabajo, debe incorporar los aspectos afectivos, socio históricos, culturales y económicos que afectan e involucran la salud humana en su más amplio sentido, lo que nos lleva a deducir que las concepciones antes revisadas siempre estarán subordinadas a la historicidad, al grupo, a la cultura, al contexto, a las contingencias y al avance del conocimiento y, al mismo tiempo, a la dinámica del lenguaje.

Finalmente, consideramos que el concepto de salud y la salud misma no deben tratarse sólo desde algunas dimensiones del ser humano, sino que por el contrario, deben abarcar aspectos socio-históricos de acuerdo al contexto, integrales y profundos, acordes a la complejidad humana, considerando aspectos tales como:

- Condiciones de vida.
- El entorno biológico sociocultural, y económico.
- Emocionales.
- Espirituales y mentales.

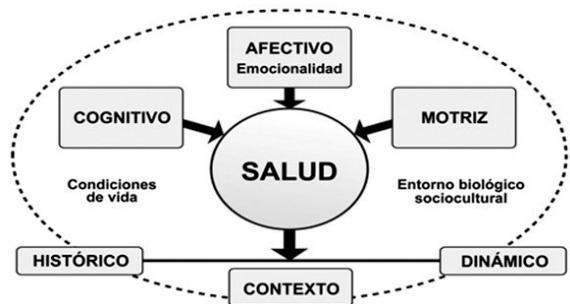


Figura 3: Esquema del concepto de salud como aquel que debe integrar todos los componentes del sujeto, en el ámbito cognitivo, afectivo, emocional, motriz, considerando las condiciones de vida, el entorno biológico y sociocultural, así como también comprendiendo que el concepto es histórico y dinámico.

Fuente: Valenzuela (2008, p. 67).



LA ACTIVIDAD FÍSICA EN RELACIÓN A LA SALUD

En la actualidad, el binomio actividad física y salud es más consistente que nunca, debido principalmente al preocupante incremento de las enfermedades de la civilización actual, las cuales han activado las alarmas en todo el mundo. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que para el año 2020 las enfermedades no transmisibles serán la causa de más del 70% de la carga mundial de morbilidad. Es por ello que ha invitado a los gobiernos a promover y reforzar programas de actividad física de erradicación del sedentarismo como parte de la salud pública y política social y como un medio práctico para lograr numerosos beneficios sanitarios, ya sea de forma directa o indirecta. Desde esta perspectiva, los objetivos se centran en involucrar a todos los actores y sectores de las comunidades para apoyar la realización de programas de promoción, crear los espacios y las condiciones requeridas y orientar a la población para realizar actividades físicas que produzcan los efectos fisiológicos y psíquicos esperados para la salud.

La declaración de Yakarta de 1997 (OMS, 1999) identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI: promover la responsabilidad social para la salud; incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud; expandir la colaboración para la promoción de la salud; incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos y garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

La correlación entre el aumento de las enfermedades y el descenso de la actividad física exige que el deporte empiece a ser una prioridad en las políticas gubernamentales en todos los niveles y en todos los sectores. Por ello, la OMS viene liderando campañas para la implantación de programas de actividad física, a incluir en las políticas locales y nacionales, planes estratégicos para aumentar la participación de la población en actividades físicas y sensibilización ciudadana sobre cuestiones prioritarias relacionadas con la salud.

De igual manera, la OMS y la Federación Internacional de Medicina del Deporte plantearon una serie de recomendaciones para la mejora de la calidad de vida de gran número de personas del mundo, estimando que la mitad de la población del mundo es insuficientemente activa.

En correspondencia con lo anterior, la OMS a través de su departamento de prevención de enfermedades no transmisibles y promoción de la salud, ratifica la necesidad de que las políticas y los programas de los gobiernos puedan tener repercusiones importantes en la capacidad de las personas para influir en su propia salud.

Con el fin de promover la actividad física, se espera que las comunidades den prioridad a la creación y desarrollo de proyectos y programas, lo cual exige el compromiso, la acción y la cooperación del sector de la salud y de otros sectores, como los de transporte, educación, urbanismo o medio ambiente.

De acuerdo con lo expuesto por Rost (1991), el desarrollo de la medicina preventiva para reducir los costes de la actual medicina terapéutica, los avances en fisiología del ejercicio y la extensión de un concepto más amplio y dinámico de la salud, orientado hacia la promoción de ambientes y estilos de vida saludables, son factores determinantes en la disminución de los valores de prevalencia de enfermedades cardiovasculares y diabetes, entre otras (ROST 1991).

En coherencia con lo expuesto en por Berg y Keul² (*apud* AMADOR; VALENZUELA, 2010), encontramos tres perspectivas de la actividad física en relación a la salud: una hacia la rehabilitación física, otra hacia la prevención y una tercera orientada al bienestar como apoyo para una mejor calidad de vida.

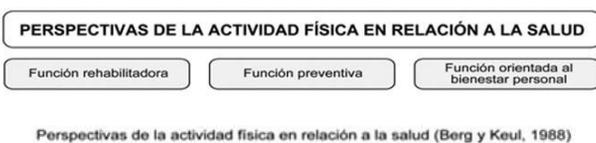


Figura 4: Representa la perspectiva de la actividad física en relación a la salud.

Fuente: Amador y Valenzuela (2010).

Que el ejercicio físico tiene una importante función rehabilitadora alcanza en nuestros días niveles de aceptación que nunca se dieron anteriormente.

² BERG, A.; KEUL, J. Biochemical changes during exercise in children. In. MALINA, R.M. (Ed.). **Young Athletes/Biological, Psychological and Educational Perspectives**. Champaign, IL: Human Kinetics, 1988. p. 61-77.



Hoy todo el mundo parece aceptar que la actividad física puede llegar a paliar parte de los efectos negativos que otros hábitos tienen para la salud, o en su defecto le otorgan una importante función con relación a patologías propias de la vida moderna (RAMOS, 2003, p. 145).

La perspectiva hacia la rehabilitación física se fundamenta en la consideración de la actividad física como tratamiento para la recuperación de las funciones y movimientos del ser humano. En este aspecto, Berg y Keul³ (*apud* AMADOR; VALENZUELA 2010), afirman que el ejercicio físico en rehabilitación cardiovascular debe ser tan bien dosificado como un medicamento.

Amador *et al.* (2000), proponen criterios para la elaboración de programas de intervención en el que se considera la actividad física y el deporte como un importante recurso de contenido en el *tratamiento* de las toxicomanías a la vez que un medio eficaz en la recuperación y mejora de valores sociales y personales (AMADOR *et al.*, 2000 *apud* AMADOR, VALENZUELA, 2010)⁴.

El ejercicio físico, entre las múltiples incidencias positivas que produce en el organismo, previene contra el envejecimiento mejorando las condiciones hemodinámicas y coronarias (Knastrup y Ekblom, 1978; Hollmann, 1988), disminuye la tensión arterial (Boyer y Kasch, 1970), previene la hiperlipemia y la arterioesclerosis (Ledoux, 1989), permite mantener el adecuado tono muscular (Orlander y Aniansson, 1980; Orlander *et al.*, 1978) y mejora la movilidad articular (Garros *et al.*, 1989) (RAMOS, 2003, p. 145).

Por tanto, los ejercicios físicos que se realizan después de una intervención quirúrgica o una lesión bajo la supervisión del kinesiólogo, son prácticas que corresponden directamente a la relación existente entre la actividad física y la salud.

En la perspectiva de la actividad física y salud como binomio eficaz de prevención, cobra suma importancia la actividad física en sujetos sanos para reducir el riesgo de aparición de enfermedades o lesiones, comportamientos asociados a las drogodependencias o trastornos psíquicos.

³ BERG, A.; KEUL, J. Biochemical changes during exercise in children. In: MALINA, R.M. (Ed.). **Young Athletes/Biological, Psychological and Educational Perspectives**. Champaign, IL: Human Kinetics, 1988. p. 61-77.

⁴ AMADOR, F. Los valores sociales y personales en la enseñanza de la Educación Física y el Deporte. In: **Congreso Iberoamericano de Ciencias del Deporte, II.**, 2000. Antigua Guatemala, 2000.

La función preventiva del ejercicio físico es reconocida a partir de la aceptación de dos paradigmas: por un lado, que los aspectos funcionales y de motricidad relacionados con la salud de un sujeto sufren un irregular deterioro a lo largo del envejecimiento, y por otro, que la práctica regular de la actividad física, puede frenar este deterioro y aumentar las esperanzas de vida de la población. Así pues, el aspecto preventivo alcanza una enorme importancia entre las acciones a realizar por y para los sujetos de la población. Numerosos estudios confirman que los deportistas tienen una esperanza de vida superior a los sujetos que se han caracterizado por unos hábitos de vida más sedentarios (RAMOS, 2003).

La perspectiva orientada al bienestar tiene una estrecha relación de la actividad física con la salud, más allá de la enfermedad que vincula a las anteriores dos perspectivas. Esta tercera perspectiva, considera que la actividad física contribuye al desarrollo personal y social. Es decir, se trata de ver en la actividad física y el deporte un elemento que puede contribuir a la mejora de la calidad de vida. En este sentido, Arrasca (2002) hace referencia a la práctica de la actividad física porque sí, porque nos divierte y nos llena de satisfacción, porque nos sentimos bien, porque ayuda a conocernos mejor, porque hacemos algo por nosotros mismos, porque nos permite saborear una sensación especial o porque nos sentimos unidos a los demás y a la naturaleza.

Es importante aclarar que bienestar es un componente positivo de la salud, entendido como una de sus subcategorías. Por este motivo, el término refleja la capacidad del ser humano para disfrutar exitosamente de las bondades que le ofrece la vida, es decir, que un individuo logra su verdadero bienestar al sentirse bien cuando se articulan y complementan las siguientes subdimensiones: física, social, intelectual, emocional, familiar, espiritual, profesional y ambiental.

Un informe de expertos de la OMS (2002), afirmaba que los gobiernos no pueden por sí solos prevenir ni tratar el sobrepeso y la obesidad, ni tampoco fomentar la actividad física. La industria alimentaria, los organismos internacionales, las autoridades nacionales, los medios de comunicación, las entidades más próximas a los ciudadanos y los individuos deben cooperar para modificar el escenario a favor de un estilo de vida saludable que propicie menos el aumento de peso.

ACTIVIDAD FÍSICA - SALUD EN EL CENTRO EDUCATIVO

La formación deportiva en los jóvenes es esencial para lograr formar hábitos positivos hacia la práctica deportiva cuando son adultos y desde luego, la educación física, como materia obligatoria en la enseñanza primaria y secundaria, debe ocuparse de favorecer la práctica física del alumnado sin preocuparse de los niveles de condición física que consiga.

La condición física debería entenderse como una consecuencia de la práctica física habitual, lo realmente importante desde el punto de vista de la salud. Enfatizar la actividad física en lugar de la condición física es más pertinente, especialmente con las necesidades de los beneficios saludables de la práctica (DEVÍS; PEIRÓ, 2002).

Son varias las orientaciones a tener en cuenta para que desde la institución educativa, la Educación Física pueda realizar la formación de estos hábitos deportivos.

Destacamos:

- Incrementar la intensidad horaria de la clase de Educación Física para favorecer la formación de hábitos deportivos, los cuales exigen indudablemente la realización de una práctica continua.

- Promover la formación de talento humano especializado en Educación Física, que oriente las actividades con la metodología y pedagogía adecuada que requieren los estudiantes.

- Permitir la participación de todos los estudiantes en las diferentes actividades programadas. No se puede fomentar una discriminación por capacidades genéticas. Fraile (1996, p. 40-42), propone diversos principios, criterios y estrategias metodológicas, que extractamos en la siguiente relación:

- Crear hábitos y actividad física saludables.

- Reflexión y análisis sobre diferentes actitudes hacia la salud.

- La información sobre el ejercicio físico y salud.

- La reflexión sobre conductas, consecuencias, motivos vinculados con la salud.

- Organización y temporalización en una práctica deportiva saludable.

- Familiarización con los hábitos de higiene y de nutrición.

- La reacción frente a situaciones en las que esté implicada la mejora o pérdida de aspectos relacionados con la salud.

REFERENCIAS

ÁLVAREZ, B. **Prescripción del ejercicio, nuevo enfoque**, 2007. Disponible en: <http://www.una.ac.cr/maestria_salud/documents/prescrip-maestria07.pdf> Acceso en: 20 mar. 2015.

AMADOR, F. *et al.* **Determinación de la condición física en sujetos drogodependientes y propuesta de criterios en la elaboración de programas de intervención en actividades físicas y deportivas.** Antigua. Guatemala: II Congreso Iberoamericano de Ciencias del Deporte., 2000.

AMADOR, F.; VALENZUELA, L.M. **Hacia una Aptitud Deportiva Saludable.** Santiago: Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez. 2010.

ARRASCA, D. **Actividad Física y Salud.** Licenciatura en Educación Física. Santa Fé: Universidad Abierta Interamericana, 2002.

DEVÍS, J. *et al.* **Actividad física y salud. La salud y las actividades aeróbicas.** In: Autores varios (Eds). **Materiales curriculares para secundaria.** Barcelona: Inde, 1998. p. 8-69.

DEVÍS, J.; PEIRÓ, C. **La salud en la educación física escolar: ¿qué es lo realmente importante?** *Actividad Física y Salud*, Barcelona, Barcelona: Editorial Grao. Biblioteca de Tándem., 2002.

FRAILE A. **Reflexiones sobre la presencia del deporte en la escuela.** *Revista de Educación Física*, n. 64, p. 5-10, 1996.

LÓPEZ, V.; FRÍAS, A. **Salud pública y educación para la salud.** Barcelona: Masson, 2002.

OMS. **Resumen de orientación. Informe sobre la salud en el mundo 1998. La vida en el siglo XXI: una perspectiva para todos**, 1999.



_____. **Informe sobre la salud en el mundo 2002. The World Health Report.** Ginebra, 2003. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdfMS> Acceso en: 13 feb. 2015.

_____. **Dieta, nutrición y la prevención de enfermedades crónicas.** Ginebra, 2003.

_____. **Evaluación decenal de la iniciativa regional de datos básicos en salud,** 2004. Disponible en: <<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd45-14-s.pdf>> Acceso en: 11 dic. 2015.

_____. **Preventing Chronic Disease: a Vital Investment.** Ginebra, 2005.

_____. **Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud,** 2006. Disponible en: <<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-17rv-s.pdf>> Acceso en: 9 dic. 2006.

_____. **Beneficios de la actividad física,** 2013. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/notas_descriptivas6.es.shtml> Acceso en: 13 feb. 2015.

OPS. Promoción de la salud, una antología. **Revista Esp. Salud Pública,** v. 71, n. 3, p. 317- 320, 1996.

_____. **Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Glosario de Indicadores,** 2001. Disponible en: <<http://www.paho.org/Spanish/SHA/glossary.htm>> Acceso en: 11 dic. 2006.

_____. **Resumen Estadístico sobre Drogas,** 2002.

_____. **Evaluación decenal de la iniciativa regional de datos básicos en salud,** 2004. Disponible en: <<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd45-14-s.pdf>> Acceso en: 11 dic. 2006.

RAMOS, A. **Actividad física e higiene para la salud.** Las Palmas De Gran Canaria: Universidad de Las Palmas De Gran Canaria, 2003.

RODRÍGUEZ, J. **Psicología social de la salud.** Madrid: Síntesis psicológica, 1995.

ROST, R. **Atividade física e coração.** Editora Médica e Científica – MEDSI, 1991.

SALLERAS, L.; GÓMEZ, L.; VARENA, W. **Medicina preventiva y salud pública.** Barcelona: Salvat Editores, 1981.

SÁNCHEZ, F. **La actividad física orientada hacia la salud.** Madrid: Biblioteca Nueva, 1996.

SAN MARTÍN, H.; PASTOR, V. **Salud comunitaria: teoría y práctica.** Madrid: Díaz de Santos, 1988.

TERRIS, M. Tres sistemas mundiales de atención médica. **Cuadernos Médico Sociales,** n. 14, p. 27-35, 1980.

VALENZUELA, L. **Factores de riesgo de la salud en estudiante de pedagogía en Universidades Chilenas.** Tesis Doctoral. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria, España, 2008.