

Educación física y salud: apología de enseñar educación física de la salud.

Casas, Adrián, Dpto. Educación Física. FaHCE. UNLP.

acasas@fahce.unlp.edu.ar

Resumen.

Las relaciones entre educación física y salud han sido controvertidas, cambiantes y confusas. Esta ponencia tiene como objetivo proponer y precisar conceptos para pensar una educación física de la salud.

Palabras clave: enseñanza, salud, aptitud física, ejercicio, educación física.

Introducción.

Las relaciones entre educación física y salud han sido controvertidas, cambiantes y confusas. Los diferentes posicionamientos teóricos y el abordaje de la temática con conceptos, perspectivas y métodos de otras disciplinas fueron y son factores de distorsión y tensión en estas relaciones.

Es sabido que el concepto de salud no es único y universal, definirlo resulta complejo e intentarlo sólo permite aproximaciones parciales. El estudio de los diferentes modelos de salud y el análisis de sus conexiones teóricas supone la génesis del asunto. Siendo así, comenzaremos por identificar los aspectos más salientes de algunos modelos y sus aportes a una educación física de la salud. Seguidamente, propondremos un concepto de salud para la educación física y su soporte en el ejercicio y en la programación, todo esto anclado en la sólida tradición humanista de nuestra disciplina en esta casa de estudios (FaHCE, UNLP).

Esta ponencia tiene como objetivo proponer y precisar conceptos para pensar una educación física de la salud.

Modelos de salud.

El modelo biomédico de salud es propuesto desde la patogenia, es decir, desde la enfermedad y su tratamiento. Es indiscutible su poder hegemónico, su voz de autoridad y certidumbre. En el campo de la educación física este modelo ha prevalecido, deformando y obstaculizando el modo de percibir y pensar la salud desde nuestra disciplina.

Los modelos de salud han sido estudiados en diversas publicaciones (Arredondo & Meléndez, 1992; Juárez Acosta, 2010), para los fines de este documento nos centraremos en los aportes más relevantes de tres modelos: salutogénico; salud positiva y holístico.

El primero ha sido uno de los más revolucionarios e influyentes para la comprensión de las variables y procesos de la salud (Rivera de los Santos et al., 2011). Fue desarrollado por el sociólogo Aaron Antonovsky entre 1979 y 1987. El énfasis está puesto en los orígenes de la salud y el bienestar, en su mantenimiento e incremento. Se plantea que la salud es un continuo entre dos polos, malestar y bienestar, no es posible lograr los polos plenamente, sino diferentes estados entre ellos. Es decir, la pérdida de salud es omnipresente y la salud se recrea permanentemente en este proceso (Rivera de los Santos et al., 2011). Otros de los componentes esenciales de este modelo son los recursos generales de resistencia (conocimiento, experiencia, apoyo social, hábitos saludables,

etc.) y el sentido de coherencia. Los primeros, son necesarios para enfrentar los desafíos cotidianos y construir experiencias satisfactorias, mientras que el sentido de coherencia implica la capacidad personal para utilizar los recursos generales de resistencia (Antonovsky, 1996; Lindström & Eriksson, 2006).

El modelo de salud positiva aporta las nociones de calidad de vida y bienestar social, fortaleciendo el concepto de salud como un estado óptimo de capacidades de las personas (Moreno-Altamirano, 2007). En tanto, el modelo holístico, destaca el impacto de la salud y la enfermedad sobre la totalidad de la persona y el entorno (Nordenfelt, 2006), siendo la persona la que enferma, no el organismo. Además, resalta el concepto de habilidad personal para hacer lo necesario, dentro de determinadas condiciones para mantenerse saludable. También, destaca la satisfacción y salud que produce la obtención de metas en la vida.

En resumen, los aportes elegidos de estos tres modelos de salud coinciden en su vocación social, proponiendo una salud colectiva y bienestar social, más allá de lo orgánico. Pensar un modelo de salud con estos aportes es congruente con una tradición humanista de la educación, en la cual la persona humana, consciente, libre y racional está implicada en un proceso educativo que la transforma a sí y a su entorno. Esta tradición es identitaria de nuestra formación en educación física (FaHCE, UNLP) y se inscribe en el origen de la carrera y en las ideas de su creador Alejandro Amavet.

Concepto de salud para la educación física.

Como cualquier otro concepto, la salud es una construcción mental que nos permite acercarnos al mundo que nos rodea y reflexionar sobre las cuestiones afines que percibimos, dando profundidad y certidumbre al tema y configurando el entendimiento. De acuerdo con San Martín (1986), el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. En consecuencia, los conceptos que se usan en relación con ella son muy variados. Además, la palabra salud, presenta tres características que le confieren multiplicidad: 1) puede emplearse en diversos contextos; 2) puede partir de diferentes presupuestos básicos; 3) resume aspiraciones en torno al estado de vida que se desea alcanzar (Gavidia & Talavera, 2012).

En el artículo de Caspersen et al., (1985) el Consejo Presidencial de Aptitud Física y Deportes (EE. UU), definió a la aptitud física como la capacidad de llevar a cabo las tareas

diarias con vigor y atención, sin fatiga indebida y con suficiente energía para disfrutar de actividades de ocio y enfrentar emergencias imprevistas. Además, Pate, identificó dentro de la aptitud física un grupo de componentes relacionados con la salud (resistencia cardiorrespiratoria; resistencia muscular; fuerza muscular; composición corporal y flexibilidad) y otros, vinculados con las habilidades (agilidad; equilibrio; coordinación; tiempo de reacción; potencia y velocidad). Transcurrió desde entonces medio siglo y la evolución de los estudios sobre la aptitud física junto a los cambios históricos y culturales, desarrollaron y modificaron estos conocimientos precursores.

Sobre la base de estas consideraciones, proponemos conceptualizar la salud para la educación física como el desarrollo y mantenimiento de la aptitud física plena. Entendiendo a ésta como el conjunto de elementos o competencias que condicionan la capacidad de trabajo, el grado de rendimiento y la disponibilidad corporal para desempeñarse en diferentes contextos y tareas (Casas, 2021). En esta concepción de salud, nos referimos a la aptitud física integrada, es decir, a la totalidad de sus componentes interactuando de modo dinámico, generando equilibrios constantes responsables de la salud humana y su promoción. Por lo tanto, es el desarrollo de la aptitud física y su dinámica el que modela la salud y no algunos de sus componentes. La aptitud física plena no es un punto final o un producto a conseguir, sino algo que cambia constantemente y se recrea. De este modo, la aptitud física es un recurso para la vida y no el objeto central de ésta. En otras palabras, no vivimos para tener aptitud física plena, sino que procuramos la aptitud física plena para vivir con más intensidad y mejor.

Por consiguiente, la aptitud física se constituye en un parámetro central para valorar la salud de nuestros alumnos, siendo: específico y sensible; predictivo y estable; relevante y no invasivo. Estos atributos le aportan robustez y operatividad conceptual. Sin embargo, la aptitud física ha sido valorada sesgadamente en nuestra disciplina, asociada a una mirada biologicista y relacionada con una medicalización de la educación física, esto es un claro y total sesgo cognitivo. Contrariamente, el proceso de desarrollo y mantenimiento de la aptitud física es mediado por la enseñanza y se constituye en una experiencia fecunda y educativa, con efectos en la forma de pensar, sentir y actuar en torno a la salud. En coincidencia con Giraldes (2006), hace falta enseñar un uso adecuado del cuerpo y nuestras prácticas de intervención se concretan en ese proyecto de salud y pedagógico a la vez. Además, Gavidia Catalán & Talavera, (2012) destacan que para elegir un estilo de vida saludable, las personas no sólo dependen de su voluntad (querer) sino del conocimiento (saber) y de la accesibilidad al mismo (poder). Entonces, debemos

ayudar a que las personas encuentren placer al moverse, ya que ello los relaciona con la salud y la vida (Giraldes, 2006).

El ejercicio es educación.

Caspersen et al., (1985) definen al ejercicio como un conjunto de movimientos corporales planificados, estructurados y sistemáticos con el objetivo de desarrollar y/o mantener la aptitud física. Desde entonces, la medicina realizó una gran cantidad de estudios con base epidemiológica y clínica consolidando evidencia científica positiva en torno a los efectos del ejercicio sobre la salud. En el año 2007, el Colegio Americano de Medicina del Deporte, presidido por el Dr. Sallis, inaugura y desarrolla una iniciativa mundial denominada el ejercicio es medicina.

Está claro que el ejercicio es una configuración de movimientos humanos con efectos directos sobre la aptitud física. Sin embargo, hay que diferenciar al ejercicio clínico (EC) del ejercicio científicamente programado (ECP), el primero se prescribe y desarrolla en un contexto terapéutico, bajo indicación y supervisión médica, es destinado a un paciente o a un grupo de ellos y utilizado como parte de un tratamiento médico. El segundo, es el ejercicio que se programa para desarrollar y/o mantener la aptitud física, no actúa sobre una patología o condición médica preexistente. El destinatario es un alumno/a y el ámbito de desarrollo es la clase de educación física (Casas, 2021). En la figura 1, se resumen las características de las dos orientaciones de ejercicio, las precisiones enunciadas especifican y ubican al EC en la esfera sanitaria y asistencial, y al ECP en el ámbito educativo y social-comunitario.

Entonces, en nuestra propuesta, el ejercicio es educación en tanto es enseñable dentro de un contexto educativo y las estrategias de transmisión pedagógica se seleccionan y aplican en función de las diversas realidades profesionales y de las necesidades e intereses de los alumnos.

Figura 1. Diferencias entre ECP y EC (fuente: elaboración propia)



Así mismo, es importante sumar el concepto de programación del ejercicio, que consiste en definir objetivos, medios, contenidos y periodizarlos científicamente, dirigiéndolos al proceso de desarrollo de la aptitud física. Al mismo tiempo, hay que diferenciar programación de prescripción de ejercicio, ya que con frecuencia se emplean ambos términos como sinónimos. La programación implica el diseño de un proyecto a seguir, construido de manera conjunta entre alumno y profesor; la programación reconoce esas entidades y la riqueza de sus interacciones, incorporando al alumno en la toma de decisiones y en el desarrollo del proceso. En tanto, la prescripción es el acto de indicar, administrar y determinar cómo deber ser el ejercicio; considerando que uno (el prescriptor) es el poseedor del conocimiento y otro, el mero ejecutante del saber del primero. La programación construye e integra una relación de dos, cargada de significaciones y desafíos por resolver. Es un acto esencialmente docente, rico en motivaciones, complejo y enriquecedor (Casas, 2006).

Educación física de la salud.

Plantear una educación física de la salud propone que sea la educación física y su agenda educativa la que estudie, analice y desarrolle sus estrategias de investigación disciplinar en los temas de salud. Con este posicionamiento, es la agenda de la educación física la que avanza y se desarrolla en la producción de conocimientos e investigación en salud. Para ello, es importante revisar nuestra mirada pedagógica (Tourrián López, 2017). Allí se analizan conocimientos, métodos, procesos, productos y medios para la intervención. La especialización de esa mirada se traducirá en una acción y tarea educativa realizada

con, por y para el educando. A partir de esta mirada especializada proponemos las bases de una educación física de la salud, en la cual nuestros alumnos puedan elegir y construir un estilo de vida saludable.

Referencias.

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
<https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Arredondo, A., & Melendez, V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis. *Salud Pública de México*, 34(1), 36-48.
- Casas, A. (2006). La programación y el entrenamiento de la aptitud aeróbica para la prevención de enfermedades cardíacas. En *Fundamentos científicos y metodológicos del ejercicio en la prevención e intervención sobre las enfermedades cardiovasculares*. Coord. Casas, A. Editorial UCALP.
- Casas, A. (2021). Nuevos desafíos para la programación de ejercicio saludable. 1º Congreso Internacional en Ciencias de la Motricidad Humana, 3-4 de julio de 2021.
https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.15142/ev.15142.pdf
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 0(26).
<https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>
- Giraldes, M. (2006). Actualización y revisión de la gimnasia como recurso en la prevención y tratamiento de las enfermedades cardíacas. En *Fundamentos científicos y metodológicos del ejercicio en la prevención e intervención sobre las enfermedades cardiovasculares*. Coord. Adrian Casas. UCALP.
- Juárez Acosta, F. (2010). *Salud y calidad de vida: Marcos teóricos y modelos*. Editorial Dykinson.

- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238-244.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: Una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.
- Nordenfelt, L. (2006). On health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 28(23), 1461-1465.
<https://doi.org/10.1080/09638280600925886>
- Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., & Hernán García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139.
- San Martín, H. (1986). *Manual de salud pública y medicina preventiva*. Masson.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=235053>
- Touriñán López, J. M. (2017). *Mentalidad pedagógica y diseño educativo: De la pedagogía general a las pedagogías aplicadas en la función de educar*. Andavira.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=706145>