

Ciudadanía sedentaria versus ciudadanía activa. Un nuevo canon social en el acceso a la salud y el bienestar

Sedentary citizenship versus active citizenship. A new social canon in access to health and welfare.

David Moscoso Sánchez

Departamento de Sociología, Universidad Pablo de Olavide, España
dmoscoso@upo.es

Rafael Serrano del Rosal

Instituto de Estudios Sociales Avanzados, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, España
rserrano@iesa.csic.es

Lourdes Biedma Velázquez

Instituto de Estudios Sociales Avanzados, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, España
lbiedma@iesa.csic.es

María Martín Rodríguez

Departamento de Ciencias Sociales del Deporte, de la Actividad Física y del Ocio, Universidad Politécnica de Madrid, España
maria.martin@upm.es

Recibido: 2-8-2013
Aceptado: 13-10-2013



Resumen

El artículo aborda un tema espinoso en nuestra época. La preocupación por el sedentarismo impregna el discurso médico, pero también el de la opinión pública. El trabajo no entra en el debate ni provee soluciones. Ofrece una perspectiva diferente sobre un asunto acotado antaño al colectivo médico. La actividad física y el deporte son fuente de salud. Los estudios biológicos y epidemiológicos así lo han demostrado. Pero la salud no es sólo la ausencia de enfermedad ni el estado biofísico de una persona. A ella contribuyen la cultura y las condiciones de vida. El bienestar es también reflejo de elementos de naturaleza social, y no sólo biológica. Por ende, su estudio no debe desdeñar el valor de las ciencias sociales. Aquí se analiza en qué grado nuestros estilos de vida (activos o sedentarios) son determinantes de nuestra salud y bienestar subjetivos. Los resultados permiten reflexionar sobre el coste de los mismos, no sólo para nuestra sensación de salud y bienestar, sino también para el propio sistema sanitario. De ahí que nuestro prospecto se eleve sobre la idea de que, al igual que esos elementos, nuestros estilos de vida dependen de prescripciones culturales antes que meramente médicas.

Palabras clave: actividad física y deporte, estilos de vida, perspectiva sociológica, salud y bienestar autopercebidos, sociedad española.

Abstract

The article addresses a thorny issue in our time, sedentarism. Concern over sedentarism pervades current medical discourse as well as public opinion. However, this article does not enter into debate or discuss solutions. Instead, it offers a different perspective on an issue that has been largely defined by the medical profession. Physical activity and sports are a source of health; biological and epidemiological studies have demonstrated this. But health is not merely the absence of disease or the biophysical state of the individual. Culture and living conditions contribute to it. Well-being is also a reflection of elements of a social and not just biological nature. Thus, the study of health and well-being must not ignore the value of the social sciences. Here we analyze the extent to which our lifestyles (active or sedentary) are determinants of our health and subjective well-being. The results provide a reflection on the cost of our lifestyles, not only in regard to our own health and well-being, but also regarding the health system itself. Hence, our diagnosis is based on the idea that, as with health and well-being, our lifestyles depend on cultural prescriptions and not merely medical ones.

Key words: Lifestyles, Perceived Health and Wellness, Physical Activity and Sport, Sociological Perspective, Spanish Society.

Sumario

1. Introducción | 2. Planteamiento metodológico y conceptual | 2.1. Salud | 2.2. Calidad de vida | 2.3. Estilo de vida | 3. Resultados | 3.1. Estilos de vida activos y sedentarios | 3.2. Salud y estilo de vida activa | 3.3. Estilo de vida y bienestar | 4. Conclusiones | Referencias bibliográficas

1. Introducción

La sociedad española tiene ante sí un gran reto. La difusión de hábitos y comportamientos sedentarios plantea uno de los más serios problemas para los españoles en las próximas décadas. La falta de ejercicio físico —en parte debido a la disminución del uso de fuerza física en las actividades laborales—, la propagación de las dietas altas en calorías, el incremento de la ingesta de sustancias tóxicas y el predominio de lo que se ha denominado “ocio pasivo” —vinculado a ciertas prácticas de consumo y al uso de nuevas tecnologías— están relacionados con la primera causa de mortalidad en los países desarrollados: las enfermedades cardio y cerebrovasculares, que, en el caso de España, provocan alrededor de 130.000 muertes al año (un 30% más que las causadas por tumores y un 96% más que las ocasionadas por accidentes de tráfico) (datos del INE de 2006).

En relación a la práctica de actividad física y deportiva, los profesionales de las ciencias de la salud han demostrado, a través de estudios epidemiológicos y longitudinales, su importancia en el mantenimiento de nuestra salud y calidad de vida. El deporte y el ejercicio físico producen beneficios físicos y biológicos, psíquicos y sociales, y son importantes tanto a nivel terapéutico como preventivo. De hecho, así se recoge en el *Libro Blanco del Deporte*:

La actividad física provoca importantes efectos positivos en los sistemas cardiovascular, musculoesquelético, respiratorio y endocrino. Estos beneficios se concretan en la reducción de la mortalidad prematura, así como en la reducción del riesgo de padecer enfermedad coronaria, hipertensión, cáncer de colon y diabetes mellitus. La práctica regular de actividad física también reduce la depresión y la ansiedad, mejora el estado de ánimo y mejora la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria (USDHHS, 1996).

Ha de reconocerse que las ciencias sociales se han mostrado ajenas en el pasado al estudio de esta relación. Quizá, por ello, el profesor Cagigal (1981) señalaba en los años setenta que ya iba siendo hora de que las ciencias sociales se ocuparan de estudiar el fenómeno deportivo con la misma legitimidad con la que lo han venido haciendo las ciencias de entronque médico o biológico. Pero también advertía de que este propósito no podría lograrse si no se combinaban adecuadamente la reflexión teórica y la investigación empírica. Sin embargo, analizar estos temas desde las ciencias sociales resulta más complejo, ya que estudiar las percepciones, los valores o los sentimientos de las personas presenta una serie de dificultades que no se encuentran en los estudios sobre los comportamientos biológicos observables.

Pero, incluso cuando abordamos esta relación desde la perspectiva médica, vemos que aún hoy se dan serias dificultades para salvar lagunas. Como reconocen Hernando y Martínez de Quel (2006), “a pesar de la estrecha relación entre salud y calidad de vida, no existen estudios que demuestren que la actividad física deportiva mejora o aumenta la calidad de vida. De hecho, ni siquiera han podido ser encontradas pruebas, cuestionarios o instrumentos, que nos permitan medir cómo la actividad física deportiva mejora la calidad de vida en personas sanas”. Según estos autores, en relación con la actividad física deportiva, “los instrumentos más comunes y aceptados científicamente para medir la calidad de vida están diseñados para valorarla en personas enfermas o con ciertas patologías. En el caso de los instrumentos genéricos, adolecen de un “efecto techo” que impide valorar adecuadamente el componente “función física” (*Ibid.*: 660). Para ellos, el problema radica en que los instrumentos de evaluación empleados en el pasado no eran los adecuados para establecer la relación entre actividad física deportiva y calidad de vida, lo que significa que es necesario crear herramientas que ayuden a acometer esta tarea. Comparten la misma opinión sobre los cuestionarios referentes a la calidad de vida relacionada con la salud, frecuentes en el ámbito médico, que suelen padecer esos mismos sesgos y reflejan la poca sensibilidad a los cambios como prueba de validez.

2. Planteamiento metodológico y conceptual

En línea con lo anterior, un equipo multidisciplinar (sociólogos, estadísticos, científicos del deporte y psicólogos) realizamos, entre 2007 y 2009, un estudio de carácter nacional financiado por la Fundación Obra Social de La Caixa. Su finalidad era contrastar empíricamente lo que en el ámbito biológico se había estudiado desde tiempo atrás. Los resultados supusieron un avance en la difícil tarea de evaluar, desde la

perspectiva de las ciencias sociales, la influencia que se desprende de la actividad física y el deporte en la salud y la calidad de vida subjetivas de las personas.

La investigación empleó técnicas cuantitativas (encuesta) y cualitativas (grupos de discusión y entrevistas individuales en profundidad) para la producción de información de carácter primario. Los datos que aquí se ofrecen corresponden con los obtenidos a través de la encuesta, que han sido tratados específicamente para comprobar la relación sobre la que se pregunta el estudio.

La encuesta utilizada se realizó telefónicamente a una muestra de 2.018 personas seleccionadas de forma aleatoria entre el conjunto de la población española. Los resultados proporcionaron información relevante sobre los estilos de vida, la práctica deportiva y los hábitos de actividad física, y su relación con la salud y la calidad de vida.

El proceso de elaboración del cuestionario partió de una previa revisión de instrumentos utilizados en otros estudios para medir esta relación. En lo que atañe a la introducción de preguntas sobre hábitos deportivos y de actividad física, se siguió el modelo empleado por el CIS en las sucesivas encuestas de hábitos deportivos de los españoles. Los cuestionarios empleados por Martínez del Castillo et al. en varios estudios (2005 y 2006) también suministraron preguntas-tipo de gran utilidad para medir los aspectos relacionados con la socialización de estos hábitos, especialmente entre personas mayores y mujeres. Asimismo, de los cuestionarios empleados por organismos como el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) o institutos como el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC), en diversas encuestas sobre condiciones de vida de la población y sobre salud, se extrajeron preguntas clave para evaluar los conceptos de "salud percibida" y "calidad de vida".

La investigación partía del mencionado hecho según el cual el deporte y el ejercicio físico tienen una incidencia significativa en la mejora de la salud, el bienestar y la calidad de vida. Al analizar dicha relación desde la óptica de las ciencias sociales, conviene precisar cómo son entendidos elementos como la salud y el bienestar, en su relación con la actividad física y el deporte, desde dicha perspectiva.

2.1. Salud

Al incorporar este punto de vista, la salud no es concebida sólo el resultado del funcionamiento físico y biológico de nuestro organismo, sino también el de las circunstancias culturales y las condiciones de vida de los seres humanos.

Superada ya la visión tradicional de la salud basada exclusivamente en el modelo biomédico, que la definía en términos negativos como "ausencia de enfermedad", en la actualidad el concepto de "salud" hace referencia a un fenómeno mucho más amplio. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera

globalmente, como un estado de bienestar psicofísico y social en relación con múltiples ámbitos que abarcan lo puramente físico (por ejemplo, el entorno, la vivienda o el medio ambiente), lo social (por ejemplo, seguridad e higiene en el trabajo, educación y asistencia sanitaria o equidad en la distribución de los recursos disponibles), los hábitos de vida (por ejemplo, alimentación adecuada, ejercicio físico, consumo de tabaco y alcohol), el estado de salud propiamente dicho (morbilidad, mortalidad, esperanza de vida), el sistema sanitario (por ejemplo, recursos físicos y humanos, atención hospitalaria, seguridad social o investigación) y la salud percibida o autovaloración de la salud.

Entendiendo la salud desde este último punto de vista, no parece adecuado abordar empíricamente la medición del estado de salud de los individuos sólo en términos biológicos y/o epidemiológicos, atendiendo a indicadores clásicos como, por ejemplo, los de mortalidad o morbilidad. Más bien, parece necesario introducir otros indicadores que den cuenta, directa o indirectamente, de elementos como los hábitos de vida o la salud mental. En este sentido, un indicador subjetivo como el de salud autopercebida se convierte en uno de los indicadores más importantes y potentes para el análisis del estado de salud, ya que, por su propia naturaleza, hace referencia a la salud de una determinada persona de forma global, incluyendo tanto aspectos puramente físicos como aspectos mentales, psicológicos, sociales o culturales (Azpiazu et al., 2002; Ruiz Román et al., 2003; Gonzalo y Pasarín, 2004). Es decir, el valor adicional de esta medida es que da cuenta de la salud en sentido amplio, como un estado de bienestar integral que va más allá de las alteraciones de tipo fisiológico o clínico (Esteve y Roca, 1997; Schawartzmann, 2003).

Este enfoque se justifica, por lo demás, en el hecho empírico de que algunas investigaciones (entre otras, la de Idler y Benyamini, 1997) han puesto de manifiesto que el estado de salud percibido es un indicador general de salud relacionado con el bienestar; de hecho, incluso más completo y eficaz, en muchos casos, que el diagnóstico clínico, del que se han documentado sesgos según sexo, edad, raza, clase social y apariencia física. De manera similar, el estado de salud subjetivo parece influir en la utilización de los servicios sanitarios (Aday y Anderson, 1981).

Debido a todo ello, en la investigación en la que se apoya el presente trabajo el estado de salud se ha medido a partir de dos variables de salud percibida, en las que la persona entrevistada tenía que valorar su propio estado de salud (ver tabla 1). Los motivos que justifican la inclusión de la misma variable en dos momentos diferentes del cuestionario son principalmente metodológicos. Se trata, por un lado, de un mecanismo de control del cuestionario y de la consistencia de las respuestas de los individuos y, por otro lado, de un elemento de verificación de los posibles sesgos de ubicación de la pregunta, ya que la primera se realiza al comienzo de la entrevista, mientras que la segunda se localiza hacia el final, después de un bloque relativamente extenso sobre la actividad física en general y su práctica deportiva en particular.

Tabla 1. Autovaloración del estado de salud

Dimensión	Preguntas	Categorías
Salud Percibida	P1_6.- Y con respecto a su Estado de Salud se siente...?	1. Muy mal 2. Mal 3. Ni bien ni mal 4. Bien 5. Muy bien 9. No contesta
	P31.- ¿Cómo describiría su estado de salud en la actualidad? Diría Ud. que es...	1. Muy malo 2. Malo 3. Regular 4. Bueno 5. Muy bueno

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

2.2. Calidad de vida

En el planteamiento del estudio del que se desprende este artículo se consideró que, además de tener una relación con la salud, la actividad física y el deporte también podrían contribuir al bienestar y la calidad de vida de las personas, como constataban los estudios médicos y biológicos.

El concepto de "calidad de vida" es relativamente novedoso, pues las primeras publicaciones aparecen en los años setenta, y surge con el propósito de ampliar y superar dos conceptos comúnmente considerados en los objetivos de las políticas sociales: un concepto de fuerte implicación economicista, el *welfare*, y otro de implicación fuertemente psicosocial, el *well-being*. Es también un atributo multidimensional que, como la vida, da cuenta de la diversidad de fenómenos con la mención positiva de calidad. En otras palabras, mejorar la "calidad de vida" en un individuo, grupo de individuos o población, se refiere a mejorar una serie de condiciones de ese individuo, persona o población.

Así, por ejemplo, desde un punto de vista poblacional, la conocida publicación *The Economist* ha propuesto ya en el pasado un índice de calidad de vida en el que incluye indicadores económicos, salud, estabilidad política, seguridad social, participación social, estabilidad familiar, igualdad de sexos, etc. De manera similar, desde un punto de vista contextual, Moos y Lemke (1996) desarrollaron un instrumento multidimensional que evalúa una serie de variables físicas y arquitectónicas, de política organizativa, personal, residencial y clima social, para evaluar la calidad de contextos residenciales (y de otros tipos). Lawton (1985), por su parte, ha definido un concepto de "calidad de vida" individual pensado para las personas mayores, en el que incluye aspectos como la satisfacción con la vida y el bienestar, la salud y la competencia física, el ambiente físico o la percepción del ambiente.

En resumen, la medida de la calidad de vida cuenta con dos características esenciales: ser multidimensional y contar con aspectos objetivos y subjetivos de la vida. Sin embargo, si estas son las características que destacan los diferentes autores, la calidad de vida ha ido reduciéndose a un concepto

subjetivo. El examen de las múltiples dimensiones en la mayoría de ocasiones se realiza a partir de la opinión, el juicio o la evaluación de las propias personas de las que se quiere evaluar su calidad de vida. En definitiva, a la hora de estudiar la calidad de vida, la tendencia es reducirla a una condición subjetiva que requiere el juicio, apreciación y evaluación de la persona, y donde no cuenta principalmente su realidad "objetiva" (cuál es su renta, si tiene o no padecimientos crónicos, si se ha divorciado o si vive en un barrio de alta criminalidad).

Sin embargo, la equiparación de la apreciación subjetiva de una determinada situación no necesariamente se corresponde siempre con su determinación objetiva o, preferimos decir, "intersubjetiva". Así, por ejemplo, Fernández-Ballesteros (1997) ha demostrado que, mientras el juicio y la evaluación del confort físico de un determinado contexto covaría muy escasamente con un juicio objetivo de condiciones de confort, en cambio, el juicio subjetivo sobre la competencia física está muy escasamente asociado a la competencia evaluada por procedimientos objetivos e, igualmente, la salud subjetiva está escasamente asociada a exámenes médicos, radiológicos o analíticos (Ferraro y Farmer, 1999). Ello probablemente remita a su mayor capacidad de aprehender en un solo indicador los múltiples aspectos que componen la salud de una persona.

Este análisis sobre la falta de concordancia entre dimensiones objetivas y subjetivas, y la alta correlación entre dimensiones subjetivas, no pretende criticar las medidas subjetivas, sino justificar que las segundas no siempre pueden generalizarse a las primeras y que no sólo tienen significados muy parecidos, sino que su falta de diferenciación ocurre porque todas ellas cuentan con el mismo "sesgo" atribuible al método: el autoinforme. No obstante, hay que señalar también que dicho "sesgo" metodológico es también su mayor potencialidad, puesto que la valoración que una persona tiene sobre lo feliz que es, lo satisfecha que está con tal o cual parcela de su vida o con su vida en general, o su valoración sobre su calidad de vida es el único indicador posible de cómo percibe e interpreta ella estos conceptos.

Por otra parte, las medidas recogidas sobre conceptos subjetivos tales como la satisfacción, el bienestar o la felicidad están fuertemente asociadas. A pesar de que los psicólogos investiguen sobre esos distintos conceptos y traten de atribuirles connotaciones distintas (por ejemplo, la satisfacción con la vida se refiere esencialmente al pasado, mientras que el bienestar y la felicidad son conceptos situacionales), todos ellos apuntan a un significado muy parecido.

Aunque no es éste el momento de discutir las razones de diferente tipo (epistemológicas, metodológicas o incluso ideológicas) que explican esta tendencia de "reduccionismo y subjetivización" de la calidad de vida —hecho fácilmente constatable en cualquier revisión de la literatura científica—, sí parece importante explicitar este fenómeno, ya que es el que justifica el uso que se da en este estudio al concepto de "calidad de vida" y el por qué se ha estudiado preguntando a los participantes cómo evalúan una serie de aspectos de su vida. Es decir, el estudio en el que nos apoyamos ha utilizado el concepto de "calidad de vida subjetiva", realizando preguntas relativas a la satisfacción con la vida y con el bienestar y, además, se ha incluido una pregunta criterial (monodimensional) sobre calidad de vida.

En la tabla 2 se presentan las preguntas relativas a las tres dimensiones evaluadas (calidad de vida, CV; satisfacción con la vida, SV, y bienestar, B), dado que consideramos que pertenecen a una misma red de significados subjetivos. Así, se asume que calidad de vida y satisfacción con la vida son dos conceptos amplios, confundidos en la literatura científica, que implican dimensiones temporales distintas: mientras que calidad de vida se refiere al presente, satisfacción con la vida hace referencia al pasado. Finalmente, evaluamos el bienestar, además de en general, a través de ocho contextos: el dinero, la vivienda, el tiempo libre, el trabajo, la salud y las relaciones con la pareja, con la familia y con los amigos. Estas tres dimensiones nos ayudarán a operacionalizar el concepto.

2.3. Estilo de vida

De acuerdo con este trabajo, las dos dimensiones previas, "salud" y "calidad de vida", están en parte determinadas por un concepto mucho más amplio, al que se podría denominar "estilo de vida saludable". En este sentido, la noción empleada aquí es limitada, pues sólo contempla aquellos aspectos del "estilo de vida" vinculados con la práctica del deporte y el ejercicio físico en nuestro tiempo de ocio, cuando hay otros aspectos del estilo de vida que también tienen gran incidencia en la salud y en la calidad de vida de

los individuos, tales como el tipo de alimentación, la higiene, el uso del tiempo libre, los hábitos de consumo de sustancias tóxicas o el tipo de trabajo.

Tabla 2. Dimensiones, preguntas y categorías de preguntas evaluadas sobre calidad de vida

Dimensión	Preguntas	Categorías
Calidad de vida	P26.- ¿Cómo valora Ud. su calidad de vida?	1. Muy mala / 2. Mala / 3. Ni buena ni mala / 4. Buena / 5. Muy buena / 9. Nc
Satisfacción con la vida	P28.- En general, teniendo en cuenta lo bueno y lo malo, ¿en qué medida se siente Ud. satisfecho con su vida?	1. Poco / 2. Algo / 3. Bastante / 4. Mucho / 8. Ns / 9. Nc
Bienestar	P1.1.- ¿Cómo se siente con respecto a su vida en general?	1. Nada feliz / 2. Poco feliz / 3. Algo feliz / 4. Bastante feliz / 5. Muy feliz / 8. Ns / 9. Nc
	P1.2.- ¿Y con respecto al dinero del que dispone, se siente...?	1. Muy insatisfecho / 2. Insatisfecho / 3. Ni satisfecho ni insatisfecho / 4. Satisfecho / 5. Muy satisfecho / 9. Nc
	P1.3.- En cuanto a su vivienda ¿se siente?	1. Muy insatisfecho / 2. Insatisfecho / 3. Ni satisfecho ni insatisfecho / 4. Satisfecho / 5. Muy satisfecho / 8. Ns / 9. Nc
	P1.4.- Y ¿con respecto al tiempo libre que tiene para hacer lo que quiera?	1. Muy mal / 2. Mal / 3. Ni bien ni mal / 4. Bien / 5. Muy bien / 8. Ns / 9. Nc
	P1.5.- Y con su trabajo, ¿se siente?	1. Muy insatisfecho / 2. Insatisfecho / 3. Ni satisfecho ni insatisfecho / 4. Satisfecho / 5. Muy satisfecho / 7. No trabaja actualmente / 9. Nc
	P1_6.- Y con respecto a su Estado de Salud se siente...?	1. Muy mal / 2. Mal / 3. Ni bien ni mal / 4. Bien / 5. Muy bien / 9. No contesta
	P2.- Por último, ¿en qué medida esta Ud. satisfecho con la relación que mantiene con las siguientes personas? P2.1.- Con su pareja	1. Muy insatisfecho / 2. Insatisfecho / 3. Ni satisfecho ni insatisfecho / 4. Satisfecho / 5. Muy satisfecho / 7. No procede (no tiene) / 8. Ns / 9. Nc
P2.2.- Con su familia	1. Muy insatisfecho / 2. Insatisfecho / 3. Ni satisfecho ni insatisfecho / 4. Satisfecho / 5. Muy satisfecho / 8. No procede (no tiene) / 9. Nc	
P2.3.- Con sus amigos	1. Muy insatisfecho / 2. Insatisfecho / 3. Ni satisfecho ni insatisfecho / 4. Satisfecho / 5. Muy satisfecho / 7. No procede (no tiene) / 8. Ns / 9. Nc	

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

No obstante, la mayoría de estos estudios se basan en el concepto más biológico de "salud" —definido únicamente como ausencia de enfermedad—, ya que utilizan indicadores físicos (ritmo cardíaco, tensión arterial, dolores musculares, etc.) para medir la salud de la población objeto de estudio. Con base en estos indicadores, se estima que entre un 9% y un 16% de las muertes producidas en los países desarrollados pueden ser atribuidas a un estilo de vida sedentario, teniendo en cuenta que estos hábitos de vida van asociados en muchos casos a otros factores de riesgo, como hábitos alimentarios poco saludables o consumo de tabaco y/o alcohol (Entrala et al., 2003). No obstante, la configuración del concepto de salud en su vertiente más integradora, como se indicaba anteriormente, supone asumir indicadores más completos que abarquen dimensiones no únicamente físicas del término.

En el caso de nuestra investigación, lo que hemos denominado por estilo de vida saludable está muy relacionado con lo que se entiende por "estilo de vida activo". De hecho, es difícil encontrar referencias conceptuales de estilo de vida activo sin que aparezcan revestidas del concepto "saludable". No obstante, se intentará por ahora centrar la atención en la palabra "activo". Ésta se asocia fundamentalmente al ámbito del deporte y/o el ejercicio físico, desde donde se considera que una persona realiza actividad física saludable si lleva a cabo ciertas acciones o movimientos corporales, con una frecuencia, duración e intensidad determinadas, produciendo un gasto energético determinado. Desde este enfoque, se procede a una división bipolar entre los que son activos y los que no lo son (sedentarios), y entre los primeros se establece un continuo que va de menor a mayor actividad.

Siguiendo este patrón dual, se diferencia, en primer lugar, entre los que realizan deporte y los que no lo realizan (deporte como elemento destacado de actividad física, y que comporta además cierta reglamentación, más o menos estricta) y, en segundo lugar, se distingue entre las personas que realizan otro tipo de actividades físicas, como pueden ser caminar y que constituyen elementos vinculados al ejercicio físico, y aquellos que no lo hacen. En este sentido, caminar puede considerarse como una actividad "natural", al alcance de todas las edades. Estos dos conceptos, deporte y actividad física vinculada a caminar de forma habitual, están hoy, en la mayor parte de los casos, ligados a momentos de ocio y tiempo libre. No obstante, también parece interesante tenerse en cuenta la actividad física desarrollada en la jornada no lúdica (ya sea laboral, de tareas domésticas, etc.), y que puede conllevar o no actividades físicas o corporales.

Es, por todo ello, que en el estudio realizado se ha entendido actividad física en un sentido amplio, abarcando tanto la práctica deportiva como el desarrollo de otro tipo de acciones (caminar, y las ocupaciones de la vida diaria), que, si bien no requieren *a priori* un esfuerzo tan intenso y/o regulado como el deporte, sí que suponen trabajo físico. Ello, según evidencian las investigaciones en este ámbito, está relacionado de una u otra forma con la salud de la población.

En esta línea, además, el *American College of Sports Medicine* propone en diversas guías la "frecuencia e intensidad" óptimas de ejercicio que deben realizar los individuos para que se produzca una mejora de su capacidad física. Se considera que es necesario realizar actividades físicas y deportivas de tres a cinco días a la semana, de intensidad baja a moderada, con una duración de entre 20 y 60 minutos. Estos parámetros dependerán, no obstante, del tipo de actividad realizada y de otros factores como la edad, la condición física, etc.

Por ese motivo, en nuestro estudio se consideraron las variables "andar o pasear", "hacer deporte" y "actividades de la vida diaria" como los elementos conformadores de la actividad de los entrevistados, en combinación con datos sobre la intensidad y la frecuencia, y, por tanto, los indicadores del estilo de vida más o menos activo o sedentario de la población española. Las tres variables son analizadas en el apartado de resultados, según influyan o no en la valoración que se realiza sobre la salud y la calidad de vida.

Siguiendo estas consideraciones, se han tomado en cuenta tres indicadores en el estudio, para los que se redactaron las preguntas y alternativas de respuesta (tablas 3 y 4).

Tabla 3. Variables empíricas de la dimensión activo/a

	Dimensión de actividad	Subdimensión de actividad	
Andar o caminar	(P.6) Independientemente de que Vd. practique o no deporte, ¿suele andar o pasear más o menos deprisa?	(P.6) "Sí"	(P.7_1) "Todos o casi todos los días; dos o tres veces a la semana"
Deporte	(P.8) Sin incluir el pasear, ¿practica Vd. actualmente algún deporte?:	(P.8) "Practica uno; practica varios".	(P.11) "Todos o casi todos los días; dos o tres veces a la semana"
Actividad principal	(P.22) Sea cual sea su actividad principal (trabajo, labores del hogar, estudios), ¿cuál de las siguientes situaciones describe mejor la actividad física que desarrolla?	(P. 22) "Caminando, con desplazamientos frecuentes; realizando trabajo pesado, con grandes esfuerzos físicos".	

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

Tabla 4. Variables empíricas de la dimensión sedentario/a

	Dimensión de actividad	Subdimensión de actividad	
Andar o caminar	(P.6) Independientemente de que Vd. practique o no deporte, ¿suele andar o pasear más o menos deprisa?	(P.6) "Sí"	(P.7_1) ¿"Sólo los fines de semana; Sólo en vacaciones; de vez en cuando, cuando tiene tiempo o se acuerda"
		(P.6) "No"	
Deporte	(P.8) Sin incluir el pasear, ¿practica Vd. actualmente algún deporte?:	(P.8) "Sí"	(P.11) "Sólo los fines de semana; Sólo en vacaciones; de vez en cuando, cuando tiene tiempo o se acuerda"
		(P.8) "No practica ninguno"	
Actividad principal	(P.22) Sea cual sea su actividad principal, ¿cuál de las siguientes situaciones describe mejor la actividad física que desarrolla?	(P. 22) "Sentado la mayor parte del tiempo; de pie la mayor parte del tiempo, sin hacer grandes esfuerzos"	

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

3. Resultados

A continuación se presentan los resultados más relevantes del estudio, estableciendo esta relación desde un orden que va de lo más general a lo más específico, es decir, desde nuestros estilos de vida (activos o inactivos) a sus posibles incidencias sobre nuestra salud y calidad de vida.

3.1. Estilos de vida activos y sedentarios

En este apartado se pretende determinar el nivel de actividad y sedentarismo que define los estilos de vida de la sociedad española. Para ello, hemos desarrollado un sistema de operacionalizaciones, consistente en otorgar una serie de valores a un conjunto de variables (las que figuran en las tablas 3 y 4), estableciendo a partir de ellas un índice (tabla 5), denominado Índice del Estilo de Vida (IEV) y que se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$IEV = \Sigma [\text{Dimensión activo/a}] + \Sigma [\text{Dimensión sedentario/a}]; \text{ límites: } +3; -3 \quad (\Sigma [Da] \text{ es la suma de las ponderaciones de los indicadores de la dimensión activo/a; } \Sigma [Ds] \text{ es la suma de las ponderaciones de la dimensión de sedentario/a})$$

Tabla 5. Coeficientes de ponderación del índice del estilo de vida

Caminar (P.6; P.7_1)		Deporte (P.8; P.11)		Actividad Diaria (P.22)	
Categoría	Coeficiente	Categoría	Coeficiente	Categoría	Coeficiente
"Todos los días o casi todos los días; Dos o tres días a la semana"	+1	"Todos los días o casi todos los días; Dos o tres días a la semana"	+1	"Caminando, con desplazamientos frecuentes; Realizando trabajo pesado, con grandes esfuerzos físicos"	+1
"No"; "Sólo los fines de semana; Sólo en vacaciones; De vez en cuando"	-1	"No"; "Sí; Sólo los fines de semana; Sólo en vacaciones; De vez en cuando"	-1	"Sentado la mayor parte del tiempo; de pie la mayor parte del tiempo, sin hacer esfuerzos"	-1

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

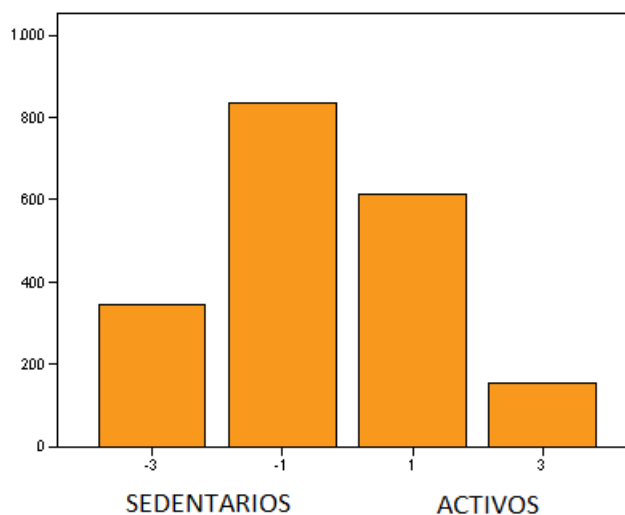
La lectura del Índice del Estilo de Vida (IEV) debe hacerse desde las siguientes directrices. La distribución de frecuencias del índice (tabla 6 y figura 1) distingue a los que se caracterizan por tener un estilo de vida sedentario de los que, en cambio, podrían considerarse activos. Entre los sedentarios, se encuentran los que presentan valores comprendidos entre -1 y -3 y, entre los activos, se encuentran los que se sitúan entre los valores 1 y 3.

Tabla 6. Frecuencias del Índice del Estilo de Vida

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
-3	343	17,6	17,6
-1	835	43,0	60,6
1	611	31,5	92,1
3	154	7,9	100,0
Total	2018	100,0	

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

Figura 1. Clasificación de la población española en el Índice del Estilo de Vida (IEV)



Fuente: Estudio IESA-CSIC.

Pues bien, los datos ponen en evidencia que la mayor parte de los españoles comparte un estilo de vida sedentario. En otras palabras, 6 de cada 10 ciudadanos son sedentarios, pues no caminan con mucha frecuencia o, simplemente, no lo hacen, no practican deporte o sólo lo hacen de manera esporádica, y pasan la mayor parte de la jornada laboral sentados o de pie, sin realizar grandes esfuerzos. En el lado opuesto se sitúan los ciudadanos activos (el 39%), que suelen caminar habitualmente, realizan deporte al menos tres veces a la semana y pasan su tiempo de trabajo caminando con desplazamientos frecuentes o realizando trabajo pesado.

El cruce de los valores del índice con los de las variables independientes empleadas para detectar posibles variaciones (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, situación laboral y práctica de deporte por parte de los padres), en función del peso relativo de cada una de ellas, dan como resultado en todo momento el afianzamiento del sedentarismo en nuestras vidas. Sin embargo, la relevancia de este estilo de vida es algo mayor entre ciertos sectores de población.

Atendiendo a la edad, los mayores participan mucho más que los jóvenes de un estilo de vida sedentario (70% frente a 50%). Aún así, el porcentaje de jóvenes sedentarios es lo suficientemente alto como para que despierte la preocupación, en previsión de los problemas que este hecho acarreará en el

futuro, tanto para el sistema sanitario cuanto para las propias condiciones de salud y calidad de vida de la ciudadanía.

La introducción de la variable sexo nos muestra igualmente que las mujeres participan más que los hombres de los hábitos y comportamientos sedentarios (64% frente al 57%). Esta constatación es vista con normalidad, dado que hay un amplio sector de la población femenina, sobre todo entre los grupos de mayores, cuya dedicación a las labores del hogar y el cuidado familiar se encuentra unida al hecho de estar de pie la mayor parte del tiempo sin realizar gran esfuerzo físico corporal y la escasa disponibilidad de tiempo libre, por tanto, para realizar ejercicio físico deportivo.

El estado civil parece que también influye en nuestros estilos de vida, ya que quienes se encuentran solteros o conviven con la pareja tienen una vida menos sedentaria que quienes están casados, divorciados, separados o viudos. Probablemente, esta situación se debe a la mayor disponibilidad de tiempo libre por parte de este perfil, al tener menores responsabilidades familiares. En ese sentido, en este grupo es muy posible que se encuentren la mayor parte de los jóvenes, muchos de ellos estudiantes aún.

La situación laboral influye de la misma manera: quienes trabajan o estudian son menos sedentarios que las amas de casa y los desempleados. En correlación con esta última relación, quienes poseen estudios de segundo o tercer grado participan de un estilo de vida más activo que los que tienen menos estudios. Evidencias analizadas en diferentes trabajos (Rhodes *et al.*, 1999; Martínez del Castillo *et al.*, 2006) ponen de relevancia el papel de la educación en la transmisión de valores y hábitos deportivos.

Por último, los que han visto practicar deporte a sus progenitores son mucho más activos que quienes no han vivido esta circunstancia (51% y 64%, respectivamente) —resulta obvio, dado el peso de la familia en la socialización de los individuos.

3.2. Salud y estilo de vida activo

La asociación entre salud y estilo de vida activo se puede mostrar desde varias perspectivas, ya sea desde un punto de vista físico (epidemiológico), psico-sociológico (estado de salud percibido) o motivacional. Desde este último ángulo, la población que práctica algún deporte (36,7%) argumenta como principales motivaciones para el desarrollo de estas actividades temas relacionados con la salud, como el “mantener y/o mejorar la salud” (20,3%), “mantener el bienestar físico y psíquico” (11,7%), por “problemas de salud” (9,7%) o por “consejo médico” (1,9%). No obstante, también se utiliza la falta de salud para el argumento contrario, es decir, para no realizar actividades deportivas, en un porcentaje relativamente alto (18,1%).

En términos generales, la población española considera que deporte y actividad física son “buenos para la salud” (el 97,6% lo indican así) y que “permiten sentirse más a gusto con uno mismo” (95,7%), es decir, que afecta positivamente al bienestar integral del individuo. El porcentaje de personas que piensa que es “mala para el corazón”, “empeora el estado general del cuerpo” o es “mala para los huesos”, es en todos los casos inferior al 8%, expresándose sobre todo entre las personas mayores (tabla 7).

Tabla 7. Estereotipos sobre el deporte (en porcentajes)

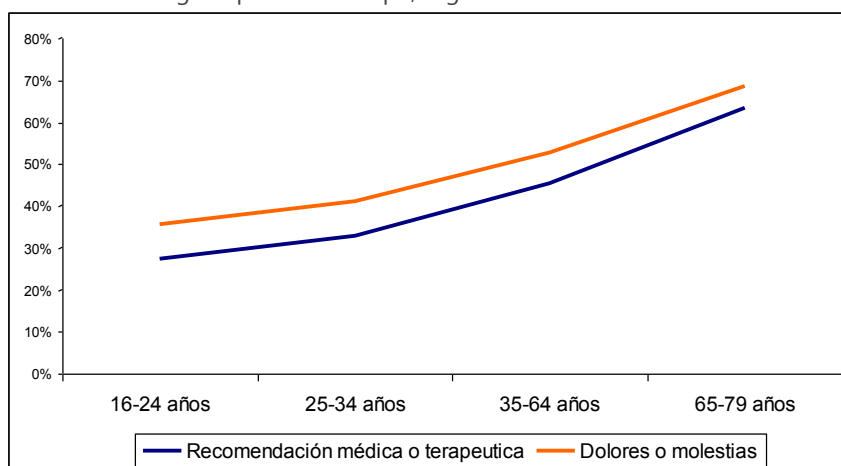
Categorías	Grupos de edad		Total
	Jóvenes	Mayores	
Es mala para el corazón	2,3	9,7	7,2
Permite conocer gente	96,9	93,5	95,8
Empeora el estado general del cuerpo	3,7	8,3	6,2
Permite sentirse más a gusto con uno mismo	95,8	90,5	95,7
Es mala para los huesos	5,8	9,5	6,1
Hace sentirse más ansioso/a	15,7	26,1	18,3
Es buena para la salud	98,5	95,4	97,6

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

En otro orden de cuestiones, la relación entre salud y vida activa, desde un punto de vista más fisiológico, es medida con un indicador relativo a la recomendación del médico o terapeuta de hacer deporte o actividad física, como por ejemplo pasear, que representa al 43,1% de la población española. Este

porcentaje asciende hasta el 63,5% entre los mayores de 64 años. Resulta interesante contrastar que la población que manifiesta padecer dolores o molestias en alguna parte del cuerpo sigue una tendencia similar, y algo más acusada, en todas las edades (ver figura 2).

Figura 2. Recomendación de actividad física por su médico o terapeuta y dolores o molestias en alguna parte del cuerpo, según edad del entrevistado



Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

Por último, desde un punto de vista psico-social, la relación salud-vida activa se analiza a partir del indicador "salud percibida" con respecto a las actividades físicas desarrolladas por el individuo. Para medirlo, se ha realizado un análisis de comparación de medias (anova) entre cada variable y el indicador de salud (tabla 8).

Tabla 8. Medias del indicador Salud Percibida según las actividades físicas de los entrevistados, por grupos de edad

Media Indicador Salud Percibida					
Actividad	Muestra completa	Jóvenes	Adultos	Mayores	
Andar o Pasear					
No anda	77,3	87,5	76,7	65,8	
Anda de forma esporádica	82,9	87,4	81,2	77,0	
Anda 2 o 3 veces a la semana	84,6	91,5	81,5	76,4	
Anda todos los días	83,9	88,8	82,2	77,1	
Total	82,3	88,6	80,6	73,0	
Sig	,000	,157	,180	,000	
Deporte					
No hace deporte	79,2	86,7	78,4	71,5	
Hace deporte de forma esporádica	86,0	90,7	82,1	82,6	
Hace deporte 2 o 3 veces a la semana	86,1	88,7	85,0	78,1	
Hace deporte todos los días	90,6	93,1	89,9	78,7	
Total	82,2	88,7	80,5	72,8	
Sig	,000	,000	,009	,008	
Actividad					
Sentado	79,4	89,3	77,3	62,8	
De pie	82,8	88,7	82,7	75,0	
Trabajo pesado	88,5	89,1	87,9	82,2	
Caminando	81,8	87,4	79,5	78,9	
Total	82,1	88,6	80,4	72,5	
Sig	,000	,517	,025	,000	

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

Como puede comprobarse, andar o pasear afecta positivamente en la percepción subjetiva del estado de salud de los ciudadanos en general, aunque, si analizamos de forma independiente cada una de las muestras de población, se observa que únicamente entre las personas mayores se produce esta relación de forma estadísticamente significativa.

No ocurre lo mismo con la práctica deportiva, que afecta significativamente a todos los grupos de edad. Entre los jóvenes y adultos esta relación es prácticamente lineal, es decir, a mayor frecuencia en la práctica deportiva mayor valoración positiva de su estado de salud. En cambio, no sucede así entre las personas mayores, entre quienes las diferencias se presentan entre los que practican deporte y los que no, mostrando mayor salud percibida los que hacen deporte de forma esporádica frente al resto.

Por último, se observa una clara relación entre la actividad física realizada durante la jornada no lúdica (laboral, de labores domésticas, estudiantil, etc.), y la percepción subjetiva del estado de salud, en todos los grupos de edad excepto en los jóvenes. La realización de trabajo que implica actividad física corporal se asocia con mayores niveles de salud; hay que tener en cuenta que son los jóvenes y adultos, fundamentalmente, los que realizan este tipo de trabajo. En segundo lugar, valoran positivamente su salud los que realizan su actividad diaria caminando con desplazamientos frecuentes. Y, en el último lugar, se establece la relación entre los que están principalmente de pie o sentados la mayor parte del día.

En resumen, como se ha mostrado, salud y actividad física están relacionadas desde diversas perspectivas, que incluyen el propio discurso de los ciudadanos españoles de todas las edades. La argumentación médico-fisiológica parece haber calado en la población, que asume que estos dos componentes están necesariamente unidos. Así lo expresan tácitamente, y así aparece recogido al analizar la correlación estadística entre ambas realidades. Se ha observado esta conexión entre el indicador "salud percibida" y las tres variables que miden el "estilo de vida activo" de la población. No obstante, consideramos necesario llevar a cabo un análisis más exhaustivo, que tenga en cuenta las características sociales e individuales de los entrevistados.

Tabla 9. Análisis de regresión. Variable dependiente: Salud percibida.
Variables independientes: Estilo de vida y Variables sociodemográficas

	a) Toda la muestra		b) Jóvenes		c) Adultos		d) Mayores	
	B (ET)	Imp	B (ET)	Imp	B (ET)	Imp	B (ET)	Imp
Andar o pasear	,137 (.020)**	12,0%	,070 (.034)*	4,0%	,144 (.046)**	6,8%	,153 (.033)**	14,3%
Deporte	,126 (.021)**	14,9%	,129 (.036)**	16,4%	,156 (.047)**	9,0%	,110 (.033)**	6,3%
Actividad	,088 (.021)**	2,6%	-,024 (.034)		-,120 (.046)*	3,4%	,259 (.033)**	32,6%
Sexo	-,097 (.022)**	7,4%	-,055 (.039)		-,032 (.050)		-,245 (.038)**	28,4%
Edad	-,155 (.033)**	25,3%	-,046 (.044)		-,110 (.055)*	6,9%	,041 (.034)	
Estado civil	-,037 (.021)**	1,2%	-,155 (.034)**	17,3%	-,308 (.054)**	11,5%	,098 (.035)**	2,1%
Nivel educativo	,145 (.023)**	18,1%	,027 (.038)		,072 (.051)		,130 (.034)**	10,5%
Situación laboral	,101 (.032)**	15,1%	,127 (.036)**	8,4%	-,283 (.054)**	30,8%	,037 (.035)	
Nº personas en el hogar	,053 (.024)*	4,2%	-,043 (.037)		-,169 (.050)**	6,3%	,084 (.035)*	2,4%
Situación convivencia	-,053 (.022)**	0,2%	,225 (.038)**	39,3%	,237 (.051)**	3,6%	-,085 (.033)**	1,5%
Nacionalidad	,021 (.020)		,052 (.034)*	1,1%	,124 (.046)**	5,5%	,071 (.032)**	2,5%
Ingresos	,026 (.023)		,054 (.043)		,098 (.053)		,015 (.037)	
Hábitat	-,043 (.021)*	0,3%	-,060 (.034)		-,086 (.046)*	1,3%	-,023 (.033)	
R ² corregida	18,5%		10,2%		17,1%		18,3%	

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

(*) Indica que en esa muestra, las diferencias en el bienestar alcanzan niveles estadísticamente significativos con una $p < 0,05$

(**) Indica que en esa muestra, las diferencias en el bienestar alcanzan niveles estadísticamente significativos con una $p < 0,01$

Como se ha indicado anteriormente, tanto el concepto de salud, como el de estilo de vida, están condicionados por el contexto social, cultural y personal de los implicados. Para ello, se llevó a cabo un análisis de dependencia (tabla 9), que incluye todas las variables de forma conjunta, con lo que se podría analizar el efecto de cada una de ellas sobre la salud, con independencia del efecto de las demás. Dicho análisis, que incluye en el modelo las variables de tipo sociodemográfico (el sexo, edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral, etc.), nos muestra que la variable que mayor relación mantiene con el estado de salud percibida es la edad de los entrevistados. Como cabría esperar, sobre ésta se produce una relación negativa, es decir, a mayor edad, peor valoración del estado de salud. También influyen en esta percepción el nivel educativo (con una relación positiva, es decir, a mayor nivel de estudios mejor percepción del estado de salud) y la situación laboral. En este sentido, se ha contrastado por diversos estudios las desigualdades en salud basadas en criterios socioeconómicos, lo cual puede explicar la dirección de la asociación de aquella con el nivel educativo y la situación laboral de los ciudadanos como variables claramente unidas a la situación socioeconómica de los individuos.

3.3. Estilo de vida y bienestar

Una de las preguntas de nuestra investigación estriba en si el estilo de vida —activo o sedentario, conforme a los tres aspectos señalados conceptualmente (realizar actividad deportiva, caminar o realizar actividad física durante las actividades de la vida diaria), influye de alguna forma en el bienestar, la satisfacción y la calidad de vida subjetiva. Para contrastarlo, procedimos a probar dos tipos de aproximaciones. En primer lugar, se realizó un análisis de diferencia de medias entre el indicador de bienestar y cada una de las variables de estilo de vida activo tomadas por separado. En segundo lugar, se realizaron análisis de regresión, en los cuales se consideró la influencia de las variables de estilo de vida (y otras de carácter sociodemográfico) de manera simultánea. Con ambos análisis se observó que andar o pasear influyen en la media de bienestar de los individuos en la muestra total y en jóvenes, pero no en adultos o mayores, en los que la influencia no alcanza niveles de significación estadística (tabla 10).

Tabla 10. Medias de bienestar en función de la actividad física desarrollada

Andar o Pasear	Muestra completa (**)	Jóvenes (**)	Adultos	Mayores
No anda	6,63	7,78	6,72	6,36
Anda de forma esporádica	7,10	7,88	7,08	7,04
Anda 2 o 3 veces a la semana	7,25	8,52	6,94	6,80
Anda todos los días	7,00	8,03	6,80	6,98
Total	6,95	8,01	6,84	6,75
Deporte	Muestra completa (**)	Jóvenes (**)	Adultos	Mayores
No hace deporte	6,66	7,71	6,68	6,62
Hace deporte de forma esporádica	7,39	8,00	7,17	7,60
Hace deporte 2 o 3 veces a la semana	7,42	8,47	7,17	7,17
Hace deporte todos los días	7,55	8,32	7,30	7,31
Total	6,94	8,02	6,84	6,74
Actividad	Muestra completa (**)	Jóvenes (**)	Adultos	Mayores (**)
Sentado	6,77	8,13	6,52	6,18
De pie	7,02	8,23	6,97	6,94
Trabajo pesado	7,19	7,71	7,31	7,15
Caminando	6,96	7,92	6,89	6,97
Total	6,94	8,02	6,84	6,71

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

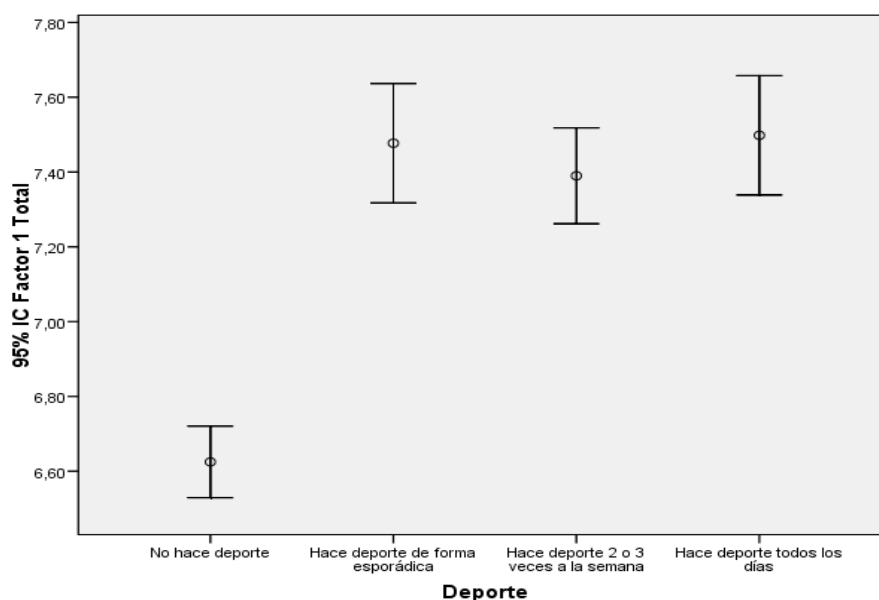
(*) Indica que en esa muestra, las diferencias en el bienestar alcanzan niveles estadísticamente significativos con una $p < 0,05$

(**) Indica que en esa muestra, las diferencias en el bienestar alcanzan niveles estadísticamente significativos con una $p < 0,01$

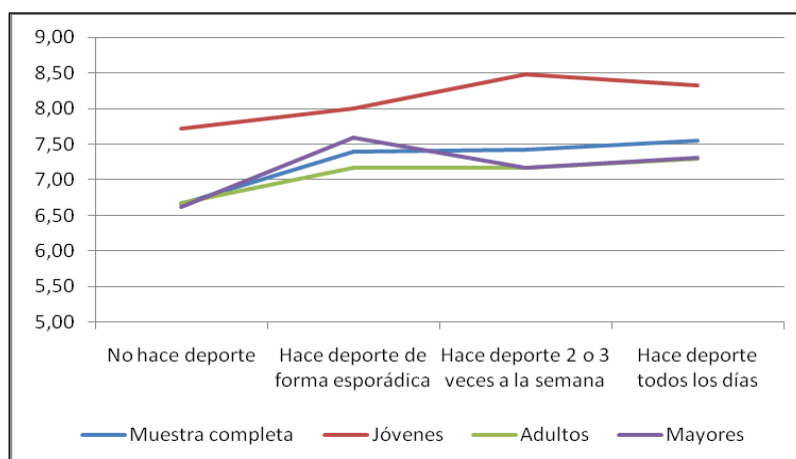
Los mayores son los que menos andan de los tres grupos analizados, a pesar de que es prácticamente la única actividad física que realiza la mayoría de esta población. Esto mismo ocurre en la práctica del deporte. Como se puede ver en la misma tabla, la actividad deportiva reporta bienestar a la muestra total, pero sobre todo al grupo de jóvenes. Un elemento por destacar es que, como se pone de manifiesto en la figura 3 a), para la muestra total, las diferencias en el bienestar manifestado por los entrevistados se producen entre aquellos que realizan deporte y los que no realizan. Sin embargo, la frecuencia de la práctica deportiva no parece tener influencia en el bienestar, al menos de acuerdo con nuestros resultados.

Figura 3. Representación del bienestar de la actividad deportiva desarrollada (a) y grupos de edad (b)

a)



b)



Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

Tabla 11. Análisis de regresión¹. Variable dependiente: Bienestar.
Variables independientes: Estilo de vida²

	a) Toda la muestra		b) Jóvenes		c) Adultos		d) Mayores	
	B (ET)	Imp	B (ET)	Imp	B (ET)	Imp	B (ET)	Imp
Andar o pasear	,112 (.022)**	17,9%	,102 (.034)**	12,4%	,033 (.050)		,141 (.035)**	26,0%
Deporte	,244 (.022)**	80,6%	,232 (.034)**	68,3%	,141 (.050)**	87,4%	,163 (.035)**	31,5%
Actividad	,032 (.022)		-,123 (.034)**	19,3%	,041 (.050)		,179 (.035)**	42,5%
R ² corregida	7,2%		7,3%		0,8%		8,4%	

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

Tabla 12. Análisis de regresión. Variable dependiente: Bienestar.
Variables independientes: Estilo de vida y Variables sociodemográficas

	a) Toda la muestra		b) Jóvenes		c) Adultos		d) Mayores	
	B (ET)	Imp	B (ET)	Imp	B (ET)	Imp	B (ET)	Imp
Andar o pasear	,071 (.020)**	3,4%	,080 (.032)**	3,1%	,018 (.046)		,101 (.033)**	6,7%
Deporte	,124 (.021)**	12,0%	,201 (.034)**	18,4%	,177 (.046)**	5,0%	,138 (.033)**	10,1%
Actividad	,047 (.020)*	0,7%	-,061 (.033)		,046 (.047)		,184 (.033)**	17,6%
Sexo	-,058 (.021)**	3,2%	,010 (.036)		,053 (.050)		-,158 (.040)**	15,9%
Edad	-,180 (.032)**	23,8%	-,167 (.043)**	6,8%	-,159 (.053)**	9,2%	,022 (.034)	
Estado civil	-,136 (.024)**	1,1%	,094 (.037)**	0,0%	-,256 (.049)**	16,7%	-,175 (.036)**	21,0%
Nivel educativo	,069 (.023)**	7,4%	,116 (.036)**	8,8%	-,163 (.050)**	3,0%	,172 (.035)**	19,5%
Situación laboral	,206 (.028)**	26,6%	,203 (.038)**	10,1%	-,222 (.054)**	22,7%	,088 (.037)**	4,0%
Nº personas en el hogar	-,081 (.022)**	0,1%	-,237 (.036)**	15,4%	-,093 (.050)	3,0%	,084 (.039)*	3,5%
Situación convivencia	-,142 (.021)**	12,2%	-,262 (.034)**	22,4%	-,214 (.048)**	12,6%	-,102 (.037)**	2,5%
Nacionalidad	-,070 (.020)**	1,8%	-,093 (.032)**	5,9%	,050 (.047)		,056 (.032)*	1,2%
Ingresos	,116 (.023)**	10,3%	,160 (.042)**		,252 (.053)**	26,5%	,075 (.037)*	6,4%
Hábitat	-,022 (.020)		-,041 (.032)		-,090 (.046)*	1,3%	-,033 (.033)	
R ² corregida	22,6%		20,9%		17,8%		19,0%	

Fuente: Estudio E0727 IESA-CSIC.

(*) indica que en esa muestra, las diferencias en el bienestar alcanzan niveles estadísticamente significativos con una $p < 0,05$

(**) indica que en esa muestra, las diferencias en el bienestar alcanzan niveles estadísticamente significativos con una $p < 0,01$

Por último, en relación a las actividades de la vida diaria, se observan diferencias significativas en el bienestar en todos los grupos, excepto en el formado por los individuos de 35 a 64 años. En términos generales, los individuos que pasan la mayor parte de su jornada sentados son los que menos satisfechos se sintieron con su bienestar personal. En el grupo de jóvenes, realizar trabajo pesado es un factor que se asocia a un menor bienestar, aunque esto no sucede así en el resto de grupos de edad.

¹ Se ha realizado un análisis de regresión categórica (regresión con escalamiento óptimo –CATREG–, siendo la variable dependiente el indicador de Bienestar, y como variables predictoras o independientes las variables del estilo de vida activo (andar o pasear, realizar deporte, y actividades de la vida diaria), así como las variables sociodemográficas que caracterizan a los entrevistados. Estos análisis se han realizado para cada una de las muestras de población (jóvenes, adultos y mayores), siendo importante señalar que no son comparables, puesto que no comparten la misma variable dependiente, y los análisis se han realizado de forma completamente independiente.

² En la tabla aparece el valor de los coeficientes Beta (B), el error típico (ET), y la significación estadística (** si es significativo al 99%, * si es significativo al 95%, y sin estrella si es no significativo al 95%). También se incluye una columna con la "Importancia de Pratt".

En resumen, a partir de los resultados de estos análisis se puede afirmar que la actividad física, en sus distintos formatos, parece influir en un mayor bienestar en todos los grupos, aunque fundamentalmente en los jóvenes. Sin embargo, es evidente que no sólo la edad, sino también otras características sociodemográficas de las personas, afectan o influyen en su bienestar.

En el análisis de regresión, cuando se tienen en cuenta todas las variables de forma conjunta, observamos que la actividad no resulta ser estadísticamente significativa, siendo el deporte el factor de mayor importancia entre las tres variables que miden el estilo activo de los ciudadanos. A pesar de ello, el porcentaje de varianza explicada es relativamente escaso, un 7,2% (tabla 11, columna a). Cuando se incluyen también las características sociodemográficas, el porcentaje de varianza explicado por del modelo aumenta hasta el 22,6% (tabla 12, columna a), siendo la edad de los entrevistados (a mayor edad menor satisfacción con su bienestar o calidad de vida), la situación laboral, la situación de convivencia y la práctica deportiva, las variables que más contribuyen a la explicación.

4. Conclusiones

El trabajo revela que los cambios sociales, culturales, políticos y económicos por los que ha pasado el país en su historia reciente han sido determinantes para la difusión del deporte, entendiéndolo como un logro más en el proceso de democratización. Sin embargo, paradójicamente, esos mismos cambios han producido un estilo de vida cada vez más sedentario en el seno de la sociedad española, lo que nos ha llevado a la larga a adquirir conciencia de la necesidad de realizar deporte para compensar la falta de ejercicio físico.

El problema que encontramos en la actualidad es que, ya sea por el predominio de unos valores en los que la concepción elitista del deporte sigue estando muy presente aún, como también otros valores tradicionales (el reparto de roles entre hombres y mujeres, los estereotipos negativos hacia la práctica del deporte entre las personas mayores, etc.), o bien porque los ritmos precipitados de nuestras vidas y las actividades sedentarias nos tienen atrapados, encontramos numerosas barreras que dificultan la práctica de actividad física y deporte (la falta de tiempo libre, el trabajo, el cuidado de otras personas, etc.), aun teniendo conciencia de su importancia y de la necesidad de realizarla. Ello supondrá un doble perjuicio, por cuanto no se disfruta de sus beneficios físicos, psíquicos y sociales, a la vez que nos genera frustración por la insatisfacción de tal necesidad.

Más centradamente, los resultados suponen un avance en la difícil tarea de evaluar el impacto que tiene la realización de ejercicio físico y deporte en la percepción subjetiva de la salud y la calidad de vida de quienes lo practican. El estudio demuestra que los individuos que realizan deporte y ejercicio físico de forma habitual tienden a valorar su salud y su calidad de vida en términos más positivos. Además, los datos destacan que el deporte y la actividad física constituyen un importante componente del bienestar en nuestras vidas. Junto con el dinero, la vivienda, el tiempo libre, el trabajo, la salud o las relaciones sociales, la realización de ejercicio físico deportivo contribuye a conformar cómo valoramos nuestra calidad de vida.

De acuerdo con este trabajo, las dos dimensiones analizadas, "salud" y "calidad de vida", están en parte determinadas por un concepto mucho más amplio, al que se podría denominar "estilo de vida saludable". En todo caso, esta relación debería contemplarse desde el análisis de otros elementos como la alimentación, la higiene, el tipo de trabajo, etc., no limitándose exclusivamente a la práctica de actividad física y deporte.

A través del estudio realizado se tiene la oportunidad de mostrar las tendencias que caracterizan los estilos de vida de la población española, determinados la frecuencia o no de este hábito, resaltando especialmente la forma como se expresan entre jóvenes y mayores. Se han obtenido unos resultados que hacen ver el futuro con cierto grado de preocupación en lo que se refiere a las condiciones de salud y bienestar entre estos grupos de edad. Entre las personas mayores, preocupa que el aumento de su esperanza de vida y la mejora de los servicios médicos y de salud no se vean acompañados de la sensación de que mejoran también sus condiciones físicas de salud y bienestar. Entre los jóvenes, inquieta aún más la fuerte tendencia hacia el sedentarismo, y es preocupante el hecho de que su escasa realización de ejercicio físico y su bajo nivel de participación y frecuencia de práctica deportiva provocará en un futuro no muy lejano un progresivo empeoramiento de sus condiciones de salud y bienestar.

Estas tendencias apuntan a que, en el futuro, los mayores vivirán más tiempo, pero también lo harán en peores condiciones físicas. A su vez, los jóvenes podrían padecer prematuramente enfermedades asociadas al envejecimiento, hasta el punto de que, como señalan algunos de los especialistas entrevistados, por primera vez en la historia moderna, los mayores pueden acabar viendo morir a sus hijos por causas no asociadas a la guerra, sino a la sobreabundancia. Además, habrá que destinar mayores recursos públicos para el tratamiento de las enfermedades producidas por el sedentarismo que pondrán en riesgo el apoyo público a otros ámbitos de intervención.

El estudio ha demostrado, en definitiva, que la ausencia de salud es el peor enemigo para intentar mejorarla, ya que limita la realización de actividades, como el ejercicio físico y el deporte, que proporcionan mejores condiciones de salud y bienestar, tanto en términos físicos como psíquicos y sociales.

Referencias bibliográficas

- Aday, L. A., y Andersen, R. (1981): "Equity of access to medial care: A conceptual and empirical overview", *Medical Care*, 19: 4-27.
- Azpiazu, M., Cruz, A. J.; Villagrasa, J. R., Abanades, J. C.; García, N. y Valero, A. (2002): "Factores asociados al mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años", *Revista Española de Salud Pública*, 76 (6): 683-700.
- Cagigal, J. M. (1981): *¡Oh Deporte! Anatomía de un gigante*, Valladolid: Miñón.
- Entrala, A., Iglesias, C. y De Jesús, F. (2003): "Fisiopatología de la obesidad", *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 23 (5): 18-24.
- Esteve, M. y Roca, J. (1997): "Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta", *Medicina Clínica*, 108: 458-459.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997): "Quality of life: concept and assessment", en Adair, J., Belanger, D. y Dion, K. eds.: *Advances in Psychological Science. Vol. I: Social, personal and cultural aspects*. Montreal: Psychological Press.
- Ferraro, K. F. y Farmer, M. M. (1999): "Utility of health data from social surveys: Is there a gold Standard for measuring morbidity?", *American Sociological Review*, 64: 303-315.
- Gonzalo, E. y Pasarín, M., I. (2004): "La salud de las personas mayores", *Gaceta Sanitaria*, 18: 69-80.
- Hernando, G. y Martínez de Quel, O. (2006): *La valoración del bienestar en la prescripción de programas de actividad físico-deportivas*. (Documento inédito).
- Idler, E. L. y Benyamini, Y. (1997): "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies", *Journal of Health and Social Behaviour*, 38: 21-37.
- Lawton, M. P. (1985): "Competence, environmental press, and the adaptation of older people", en Lawton, M.P., Windley, P. G. y Byerts, T. O. eds: *Aging and the environment*: 33-59. Nueva York: Springer.
- Martínez del Castillo, J., Vázquez, B., Graupera, J. L., Jiménez-Beatty, J. E., Alfaro, É., Hernández, M. y Avelino, D. (2005): *Estudio sobre la actividad física y deportiva de las mujeres del municipio de Madrid: hábitos, demandas y barreras*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía.
- Martínez del Castillo, J., Jiménez-Beatty, J. E., Graupera J. L. y Rodríguez, M. L. (2006): "Condiciones de vida, socialización y actividad física en la vejez", *Revista Internacional de Sociología*, 44: 39-62.
- Moos, R. H. y Lemke, S. (1996): *Evaluation residential facilities*. Bradbury: SAGE.
- OMS (2007): *Informe sobre la salud en el mundo 2007*. [01-01-2011]. Disponible en web: http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf
- Rhodes, R. E., Martin, A. D., Taunton, J. E., Rhodes, E. C., Donnelly, M y Elliot, J. (1999): "Factors associated with exercise adherence among older adults: an individual perspective", *Sports Medicine*, 28 (6): 397-411.
- Ruiz, M. J., Román, M., Martín, G., Alférez, M. J. y Prieto, D. (2003): "Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la insuficiencia renal crónica", *Revista Sociedad Española Enfermedades Nefrológicas*, 6 (4): 222-232.

Schwartzmann, L. (2003): "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales", *Ciencia Enfermería*, 9 (2): 9-21.

United States Department of Health and Human Services (1996): *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta, G.A., U.S: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Disease Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Breve CV de los autores/as:

David J. Moscoso Sánchez es Doctor en Sociología y Profesor Contratado Doctor en el Departamento de Sociología de la Universidad Pablo de Olavide. Desarrolla sus líneas de investigación en el ámbito de la sociología del deporte, en donde ha contribuido con sendas investigaciones y artículos de referencia. Actualmente es coordinador del Comité de Sociología del Deporte de la FES y responsable científico del International Sociological Sport Observatory (ISSO).

Rafael Serrano-Del-Rosal es Doctor en Ciencias Políticas y Sociología e Investigador Científico del CSIC. Su trabajo e intereses se han centrado en la confluencia de tres ámbitos de investigación: A) diseño, análisis y evaluación de políticas públicas, B) bienestar subjetivo y satisfacción y C) sociología de la salud. Actualmente dirige el grupo de investigación del IESA: *Identidad, Bienestar Subjetivo y Comportamiento*.

Lourdes Biedma Velázquez es licenciada en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad de Granada, trabaja como técnico de investigación en el IESA/CSIC desde 2003. Sus áreas de interés y especialización son la Sociología de la Salud y la Evaluación de Políticas Públicas, así como las técnicas de investigación social, donde ha realizado diversas publicaciones de ámbito nacional e internacional.

María Martín Rodríguez es Doctora en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Profesora Titular de la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, de la Universidad Politécnica de Madrid. Su área de especialización es deporte y calidad de vida en el ámbito de las Ciencias Sociales. Actualmente desarrolla el proyecto I+D+I MEC de ámbito nacional sobre mayores y deporte.