

García Lanzuela, Y. ; Matute Bravo, S.; Tifner, S.; Gallizo Llorens, M.E. y Gil-Lacruz, M. (2007). Sedentarismo y percepción de la salud: Diferencias de género en una muestra aragonesa. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 7 (28) pp. 344-358 <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista28/artgenero70.htm>

SEDENTARISMO Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD: DIFERENCIAS DE GÉNERO EN UNA MUESTRA ARAGONESA

ABSENCE OF PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH PERCEPTION: GENDER DIFFERENCES IN A SAMPLE FROM ARAGON

García Lanzuela, Y. * ; Matute Bravo, S. ** ; Tifner, S. * ; Gallizo Llorens, M.E. **** y Gil-Lacruz, M. *******

Institución: Área de Psicología Social. Universidad de Zaragoza. España.

* dmpyy@eresmas.com;

** silviamabra@hotmail.com;

*** stifner@yahoo.es;

**** mgallizo@able.es;

***** mglacruz@unizar.es

Código UNESCO: 6114 y 3212.

Recibido: 18 de octubre 2007

Aceptado: 15 noviembre 2007

RESUMEN

El artículo pretende analizar las diferencias de género en la percepción de la salud y la adopción de comportamientos de riesgo en una muestra aragonesa, considerando al sedentarismo como un indicador importante de dichas diferencias. Se entrevistó a una muestra de 1.032 sujetos mayores de 14 años residentes en el barrio de Casablanca de la ciudad de Zaragoza utilizando un instrumento de percepción de la salud (CPS 81 de Davis y Ware) y el cuestionario de conductas y hábitos saludables (Herrero, Musitu y Gracia, 1994).

Se constata la interrelación existente entre percepción de salud y actividad física, encontrándose diferencias significativas en función del sexo. Los resultados señalan la importancia de integrar en el estudio de la salud y de los estilos de vida, las variables psicosociales de estructuración social, entre las que el sexo ocupa un lugar destacado. La educación para la salud, la educación no sexista y la intervención comunitaria deberían plantearse como objetivos prioritarios de la psicología aplicada a la práctica deportiva.

Palabras claves: salud y género, comportamientos de riesgo para la salud, sedentarismo, práctica deportiva, percepción de la salud.

ABSTRACT

The article try to analyze the gender differences in health perception and risk behaviors in a sample from Aragón, Spain. The absence of physical activity is an important indicator in these differences. A sample of 1.032 subjets older than 14, living at Casablanca neighbourhood (Zaragoza, Spain) were questioned using an instrument to study the health perception (CPS 81, Davis & Ware) and the healthy conducts and habits questionnaire (Herrero, Musitu & Gracia, 1994).

The results indicate an interrelation between health and physical activity with important gender differences. The results indicate that is very important to integrate the psycho-social variables, including sex in a outstanding place, in the studies about health and lifestyles. Education to health, nonsex education and communitarian intervention would be principals objects in the psychology applied to the sports practice.

Keywords: health and gender, risk behaviors and health, absence of physical activity, sports practice, health perception.

MARCO TEÓRICO

Desde que la Organización Mundial de la Salud, OMS, propusiera una definición de salud que contempla indicadores psicosociales relativos al bienestar, superando las concepciones anteriores que la circunscriben a la ausencia de enfermedad (OMS, 1946), se trasciende el nivel de análisis puramente individual y biológico y se sitúa a la comunidad como el contexto en el que la salud es simultáneamente objeto de influencia y motor de cambio (Kisnerman, 1981).

De ahí se infiere la importancia de considerar en la investigación sobre la salud, el efecto de las variables culturales y de los factores comunitarios en los que el individuo se socializa (Gobierno de Aragón, 1997; Monton, 2000). Por tanto, debemos incluir en este estudio la variación de los determinantes que inciden sobre la salud individual y los factores sociales que la contextualizan (Baum, Rrevenson y Singer, 2001). Por ejemplo, variables como el nivel de ingresos, el grado de instrucción, la disponibilidad de un trabajo o el territorio de residencia y el sexo, influyen cuando no determinan nuestro nivel de salud.

El estudio de la salud femenina ilustra la tradicional carencia de indicadores psicosociales en la investigación epidemiológica. Las medidas más frecuentes (incluidas las conclusiones de la Conferencia de Alma Ata) se han limitado a la utilización de indicadores de mortalidad y fertilidad. Esta simplificación nos conduce a sentenciar que los hombres presentan una mayor tasa de mortalidad y las “mujeres viven más”, de lo que se infiere que las mujeres “gozan de mejores niveles de salud”. Sin embargo, la esperanza de

vida libre de incapacidad o esperanza de salud es peor para las mujeres de 70,9 años, lo que representa 10,1 años de diferencia respecto a su esperanza de vida.

También se constatan diferencias en cuanto a los comportamientos generados por los problemas de salud. En las mujeres, sus dolencias conllevan una mayor utilización de los servicios y un mayor consumo de medicamentos. Las mujeres acuden con más frecuencia a la consulta médica y al dentista, pero se hospitalizan menos (si se excluye el motivo del parto), consumen más medicamentos, especialmente a medida que envejecen y disminuyen los ingresos familiares y su nivel educativo (Guillen, 1990; Nathason y Lorenz, 1982; Piperno y Di Orio, 1990). El consumo de medicamentos y las consultas en urgencias se incrementan en las mujeres que trabajan en el hogar, al tiempo que disminuyen las visitas al dentista (Clark, 1990). Las mujeres sufren más complicaciones de salud (morbilidad) en todos los rangos de edad, culturas y grupos socioeconómicos (OMS, 1996).

Además y de manera consecuente con lo planteado anteriormente, se constatan diferencias en cuanto a la valoración y percepción que las mujeres realizan de su propio estado de salud, sus modos de enfermar (psíquicos y/o físicos), la conformación de su identidad, su vivencia relacionada con ésta (sexualidad, maternidad, paternidad, etc.), su estilo de vida (ejercicio físico, alimentación, higiene, comportamientos de seguridad, etc.). Esta diversidad se encuentra mediatizada por las variables socioeconómicas y culturales (Eiser y Herser, 2000; Gómez, 1993; Lagarde, 1994).

La cultura occidental durante siglos se ha asentado en el principio que las mujeres son diferentes de los hombres, inferiores y dependientes (García, 1990). Esta relación de dominio y poder patriarcal de la sociedad, en la dicotomía naturaleza/ cultura (Amorós, 1985; Turner, 1984) y en el sistema sexo/género, también se expresa en el deporte como hecho cultural. La participación de la mujer en él está mediada por las representaciones sociales que otorgan todavía el dominio, control y poder a los hombres, "en mayor medida en algunos deportes que han sido denominados socialmente como masculinos, como por ejemplo el fútbol, el rugby y el hockey" (Elias y Dunning, 1995).

El hecho de que el deporte moderno se desarrollase durante el siglo XIX en una Inglaterra en la que dominaba el ideal victoriano de lo femenino (las mujeres debían ser delicadas, frágiles y elegantes), contribuyó sin duda a mantener a las mujeres alejadas de la actividad deportiva (García, 1996). Entre las dimensiones de personalidad atribuidas clásicamente a las mujeres destacamos aspectos como: la pasividad, la inseguridad, la sumisión, la inestabilidad emocional, la empatía, la inhibición y la intuición (Burín, 1990; Dio, 1991; Jayme y Sau, 1996).

De las mujeres se espera una menor consecución de éxito, de rendimiento y de competencia, en definitiva, una menor predisposición hacia el deporte, no solamente por las diferencias biológicas sino también e incrementadas, por las diferencias psicológicas, sociológicas y culturales.

Aunque con la modernidad la influencia de los estereotipos de género ha disminuido (Hyde, 1995), ya que las mujeres se han acercado más a la actividad deportiva al igual que a otros campos tradicionalmente masculinos, todavía hoy la mujer no representa para el deporte lo que puede desempeñar como atleta o aficionada.

Entre los estereotipos, prejuicios y falsas concepciones que han limitado la participación de las mujeres en la práctica de los deportes destacamos (García, 1990):

1º MITO- la actividad deportiva - atlética masculiniza a las mujeres

Este estereotipo sobre el deporte femenino es de los más persistentes, puesto que históricamente, la necesidad de conservar la imagen femenina no era compatible con los requisitos de las capacidades motrices necesarias para la práctica deportiva como son: la fuerza, la resistencia, la velocidad que, como consecuencia, podían afectar la feminidad y algunas supuestas características psicológicas que desarrolla el deporte como la agresividad, la independencia y la actividad (Prociencia, 1998).

2º MITO- la práctica deportiva es peligrosa para la salud de las mujeres

Se sustenta en que el grado de intensidad de la actividad física puede alterar el ciclo menstrual, dañar los órganos reproductores y los senos y tener consecuencias negativas en la fertilidad. A este argumento se puede contestar con el estudio de los riesgos físicos en el hombre y la consideración de los diferentes sentidos del deporte, no solamente con intención competitiva. La práctica de una actividad física puede abarcar aspectos de placer, profilaxis, diversión, identificación, belleza, búsqueda de compañía, y presenta un correlato directo con el bienestar y el mantenimiento de la salud.

La práctica en las mujeres de una actividad física saludable actualmente está encaminada hacia el deporte-salud y deporte-recreativo, con la función de expresión y compensación de los quehaceres cotidianos. El deporte de alto rendimiento está reservado para una minoría de mujeres que ha sobrevivido a las dificultades y “riesgos” de su ejercicio (Prociencia, 1998).

3º MITO- Las mujeres no están interesadas en el deporte y cuando lo hacen no lo ejecutan correctamente

Este mito se sustenta en el supuesto de la falta de predisposición de la mujer hacia el deporte, en lugar de analizar el proceso de socialización de las mujeres, que favorece su inactividad física (García, 1990). No son los límites biológicos los principales factores que nos llevan al sedentarismo femenino, sino que son los factores socioculturales, los que moldean la manera como son concebidas este tipo de prácticas y su nivel de participación. Dichas variables establecen barreras como el acceso a la infraestructura y recursos, el tipo de motivación y el tiempo invertido en su práctica.

A pesar de su falsedad, estos mitos nos influyen considerablemente. Todavía el deporte es una actividad varonil, joven y de clase alta. En España, la dedicación al ejercicio físico en el tiempo de ocio en personas mayores de 16 años es baja, siendo mayor en los hombres que en las mujeres (Departamento de Salud, 1991). La proporción de mujeres “sedentarias” aumenta a medida que se incrementa el número de horas trabajadas, la edad o las responsabilidades familiares.

Ante este hecho, las mujeres alegan constantemente falta de tiempo (Izquierdo, 1988; Ramos, 1990). La mayor parte de las mujeres debido a los múltiples roles que asumen, no cuentan con el tiempo necesario para dedicarlo al descanso, a la realización de actividades que posibiliten la socialización y el entretenimiento o la participación en actividades deportivas.

Pero pese a las mejoras en el control de la natalidad y en la superación de los estereotipos de rol de madre, esposa, cuidadora, etc. (Norbert y Dunning, 1995) todavía hoy el freno a la actividad física femenina se puede relacionar con tendencias sociales. Por ejemplo, la urbanización nos lleva al sedentarismo y al estrés. La publicidad relaciona la actividad física con los profesionales o deportistas asociándolo a un esfuerzo importante. El fenómeno es también contradictorio desde otras lecturas ya que se fomenta la actividad física femenina como una de las formas para conseguir una imagen corporal impecable y que exige grandes gastos y sacrificios (Abril, 1992; Buñuelos, 1994).

Estas paradojas conspiran contra la propia salud, generando en las mujeres trastornos tales como la anorexia nerviosa, bulimia y adicciones, etc. (Obiols, 1995). Vivimos en una sociedad que propugna la búsqueda continua del autocontrol, de la autodisciplina en el comer, en la sexualidad, etc. y a la vez del consumo sin medida (Esteban, 1993).

El que el cuerpo es aquí y hoy un valor central, un signo de status y un símbolo de éxito o fracaso ha impulsado en las últimas décadas el auge de las actividades físico- deportivas. En nuestra sociedad y cada vez más, cobran relevancia necesidades relacionadas con la calidad de vida, el mantenimiento y mejora de la salud, la ocupación del tiempo libre en actividades lúdico-culturales, etc. (Buñuel, 1994). En nuestro trabajo se constata como las mujeres son conscientes de estos procesos y de la estrecha relación entre el ejercicio físico y su salud.

MÉTODO

Este trabajo se inserta en los estudios de salud del vecindario realizados a partir de una encuesta de salud patrocinada por el centro de atención primaria del barrio. En este artículo analizaremos los resultados obtenidos en la selección de tres variables: género, percepción de la salud y práctica de la actividad deportiva.

El bienestar percibido está siendo objeto de una importante cantidad de estudios en las ciencias comportamentales y las encuestas de salud (Diener y

Larsen, 1993; Myer y Diener, 1995; VanderZee, Buunk y Sanderman, 1995) no sólo porque la mejora del bienestar es un importante objetivo médico y psicosocial (McDermott, 1981), sino porque es un predictor evidente del nivel de salud (Idler y Kasl, 1991). En parecidos términos nos podemos referir al estudio de la actividad física y la evidencia empírica encontrada sobre su impacto en la salud y en el bienestar.

El barrio de Casablanca presenta un carácter periférico y urbano, caracterizándose por sus contrastes socio económicos y su dependencia funcional con el centro de la ciudad de Zaragoza (Gil-Lacruz, 2000). Con respecto a otros distritos zaragozanos, en Casablanca se prevé un aumento poblacional por varias razones: constituye un ensanche natural de la ciudad; no sufre, de momento, los procesos de especulación del centro urbano y presenta un importante peso demográfico de la población juvenil (mientras que en el resto de la ciudad, el colectivo menor de 30 años constituye el 40,67% de la población, en Casablanca los jóvenes son el 43,59% del barrio). La muestra se estratificó en función de dos criterios básicos: edad y sexo (tabla 1).

Tabla 1: Análisis descriptivo de la edad y el sexo de la muestra.

	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Juventud (de 16 a 29 años)	173	16,8	164	15,9
Adultos (de 30 a 59 años)	237	23,0	255	24,7
Tercera edad (más de 60 años)	87	8,4	116	11,2
Total	497	48,2	535	51,8

En la selección de los instrumentos que medían las variables diana se intentó utilizar indicadores que permitieran comparar los resultados obtenidos en nuestro barrio con los niveles de salud de otras muestras zaragozanas y españolas (Herrero, 1994). Así, en la tabla 2 se observa una primera evidencia de la homogeneidad de los elementos que componen el cuestionario de percepción de la salud (Health Perceptions Questionnaire de Davies y Ware).

Tabla 2: Consistencia interna del Health Perceptions Questionnaire de Davies y Ware en muestras españolas.

	C. Valenciana	Casablanca (Zaragoza)
Coefficiente de correlación entre las dos mitades	0,798	0,770
Coefficiente de Spearman-Brown	0,888	0,870
Coefficiente de Guttman (Rulon)	0,884	0,866
Coefficiente α del total de la escala	0,877	0,861
Coefficiente α de los ítems pares	0,814	0,707
Coefficiente α de los ítems impares	0,736	0,791

El cuestionario de percepción de la salud consta de 29 ítems que se refieren a siete dimensiones relativas a la valoración por parte del sujeto de su estado de: salud actual, anterior, futura; su resistencia a la enfermedad; la preocupación por la salud y la orientación a la enfermedad. Un último factor integra las medidas anteriores en un índice general de evaluación de la salud.

En relación a la medida de los estilos de vida, desarrollamos índices de riesgo a partir del cuestionario de comportamientos saludables elaborado por Herrero, Musitu y García (1994). Los autores del cuestionario seleccionaron los índices relativos al consumo de sustancias, comportamientos negligentes y la práctica de actividad física, por el consenso encontrado en la literatura científica sobre su impacto en la salud y por la brevedad y operatividad del instrumento, ya que un cuestionario excesivamente amplio le hubiera restado fiabilidad (Herrero, 1994).

RESULTADOS

Con el fin de profundizar en la posible influencia de la variable sexo en la percepción de la salud y la práctica de la actividad física, se utilizó como procedimiento estadístico el análisis de varianza, eligiendo un nivel de confianza de 0,95.

Se encuentran diferencias significativas en cuanto a la percepción de la salud en cinco de los siete factores de los que se compone la escala correspondiente. Las mujeres tienden a considerar su estado de salud anterior y actual, peor que los hombres. Del mismo modo, se preocupan con una mayor frecuencia por su salud y se consideran menos resistentes a la enfermedad que sus compañeros. Curiosamente estos resultados no se reflejan en unas expectativas peores, puesto que en el factor que analiza las previsiones de futuro no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 3).

Tabla 3: Análisis de varianza: percepción de la salud entre los grupos de la variable sexo.

	Sc	F	P	Medias correspondientes A la percepción de salud	
				Hombres	Mujeres
1. Salud actual	334,44	10,61	0,0012	30,01	28,87
2. Salud anterior	66,42	12,83	0,0004	11,25	10,74
3. Expectativas de salud	0,51	0,11	0,7296	13,81	13,86
4. Resistencia a la enfermedad	25,59	6,81	0,0092	14,93	14,62
5. Preocupación por la salud	38,71	4,51	0,0338	14,06	14,41
6. Orientación a la enfermedad	5,58	2,31	0,1287	6,19	6,33
7. Índice general de salud	709	7,66	0,0057	76,22	74,56

Sin embargo y en consonancia con los resultados anteriores, el índice general de salud, que es la medida que recomiendan utilizar los autores del cuestionario (Davies y Ware, 1981), es ligeramente superior en los hombres que en las mujeres.

Del mismo modo, se efectuó el ANOVA correspondiente para observar las diferencias de sedentarismo en función del sexo. En las mujeres del barrio de Casablanca, la práctica deportiva resultó considerablemente menor que en sus compañeros (tabla 4).

Tabla 4: Análisis de varianza: puntuaciones de riesgo en cuanto a inactividad entre los grupos de la variable sexo.

Sc	F	P	Medias correspondientes al sedentarismo	
			Hombres	Mujeres
114,75	56,34	0,0000	1,18	1,87

También nos preguntamos hasta qué punto la percepción de la salud y la actividad física se pueden predecir mutuamente. Del análisis estadístico se infiere que el sedentarismo y la percepción de la salud se relacionan de manera inversa: a mayor sedentarismo peor es la valoración del estado de salud actual, anterior, sus correspondientes expectativas de futuro y la persona se siente más vulnerable a la enfermedad. Estos indicadores se traducen en que el índice general de salud es más positivo en las personas que practican algún tipo de actividad física (tabla 5).

Tabla 5: Correlaciones entre la frecuencia de practica deportiva y la percepción de la salud.

Frecuencia de practicas deportivas	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)
Salud actual	-0,19	0,0000
Salud anterior	-0,10	0,0010
Expectativas de salud	-0,10	0,0010
Resistencia a la enfermedad	-0,11	0,0000
Preocupación por la salud	0,01	0,6230
Orientación a la enfermedad	-0,04	0,1480
Indice general de salud	-0,16	0,0000

Al observar que el sexo y la valoración de la salud interaccionaban con la práctica deportiva (gráfico 1), decidimos realizar un MANOVA. Tal como se puede observar en la tabla 6, los resultados nos confirman la importancia de las variables de un modo independiente, pero no el que su relación conjunta presente un impacto significativo.

Gráfico 1: Medias del índice general de salud en función del cluster de riesgo (sedentarismo) y de la variable sexo.

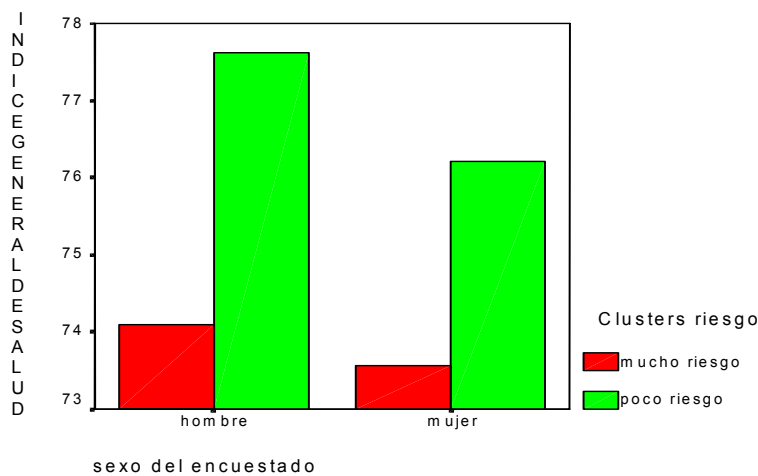


Tabla 6: Análisis de varianza entre las variables independientes sexo, percepción de la salud y la variable dependiente frecuencia de la práctica deportiva

	Gl	Sc	Mc	F	p
Modelo corregido	3	371,805	123,935	17,678	0,0000
Intercept	1	24.672,68	24.672,68	3519,38	0,0000
		8	8	2	
Sexo	1	254,823	254,823	36,349	0,0000
Cluster percepción de salud (valoración negativa y positiva)	1	69,850	69,850	9,964	0,0002
Sexo * cluster percepción salud	1	0,772	0,772	0,110	0,7400
Error	1.028	7.206,811	7,011		
Total	1.032	34.654,00	0		
Total corregida	1.031	7.578,616			

a R cuadrado = .049 (R cuadrado corregida = .046)

CONCLUSIONES

Desde una perspectiva psicosocial, es necesario reivindicar un modelo de salud que considere cómo las conductas, cogniciones, sensaciones, hábitos individuales, etc. están influidas por la inserción de la persona en familias, estratos socioeconómicos, grupos, vecindarios y comunidades de referencia que comparten y mediatizan dichas singularidades (Santacreu, 1991).

En el estudio de la práctica de comportamientos de riesgo, se encuentran antecedentes como Durkheim (1951, trad.). El autor defendía que, pese a la existencia de diferencias individuales en el suicidio (problemas

económicos, enfermedades, fracasos personales, etc.), son los índices entre los grupos los que presentaban una mejor capacidad explicativa. Este sociólogo realizó la valiosa observación epidemiológica de que las diferencias sistemáticas en los índices de esta práctica deben poderse explicar en términos de grupo y no simplemente por referencia a frecuencias individuales.

De hecho, en nuestro trabajo, encontramos diferencias perceptuales de la salud en función del sexo. Las mujeres se sienten peor que los hombres. La población femenina encuestada de Casablanca se considera más vulnerable a la enfermedad, valora peor su estado actual y anterior de salud y manifiesta preocuparse más por el mismo. Esto nos confirma pautas ya consensuadas a nivel científico. Desde la adolescencia, parece ser que la mujer acepta mejor el etiquetaje de la enfermedad y el relato de sus dolencias (De Miguel, 1998; García Merita y Soler, 2002). La paradoja se encuentra en que, a pesar de este cuadro doliente, las mujeres viven más que los hombres. Otra cosa es que vivan mejor (De Miguel, 1997).

Los periodos críticos en los que los hombres presentan especial riesgo para su salud incluyen el grupo de edad de quince a veinticinco años (suicidios y accidentes de circulación) y en los años de la etapa media de la vida, con una notable diferencia entre sexos, para los riesgos de cardiopatías y cáncer, muy relacionados con los estilos de vida (Nahon y Lander, 1998). Las diferencias biológicas entre hombres y mujeres no son suficientes para explicar la diversidad que hay entre ambos, en cuanto a las causas específicas de morbilidad, mortalidad o la utilización de los servicios sanitarios (Eiser y Hersen, 2000). Por lo que es fundamental considerar las diferencias genéricas de los modelos y roles masculinos y femeninos al afrontar cualquier problema del proceso salud-enfermedad desde una visión integral (González De Chávez, 1999).

En cuanto a las prácticas deportivas que forman parte definitoria de estos estilos, su impacto en la salud es indudable. La persona que realiza ejercicio físico regularmente se encuentra en un estado más saludable y es menos propensa a padecer enfermedades que aquella que no lo hace (Balaguer y Castillo, 2002; Pons, 1998). La literatura científica plantea que dichas prácticas no sólo se relacionan con un mejor tono vital, sino que interactúan con la propia percepción de competencia saludable (Balaguer, 1998; Castillo y Balaguer, 1998). En nuestra muestra, la práctica deportiva se relaciona positivamente con 5 de los 7 índices utilizados en la encuesta para definir la valoración de la salud.

El hecho de que también en el barrio de Casablanca, la práctica deportiva sea menor en el sexo femenino puede intentar explicarse mediante diversas hipótesis que ya adelantamos en la introducción (Girela, 1986):

- El deporte se relaciona con el tiempo de ocio, que en el caso de las mujeres se encuentra restringido por sus "obligaciones domésticas". A pesar de los cambios sociales, la discriminación se sigue encontrando incluso en la adscripción lúdica, ej. la asociación de niñas - muñecas y niños - balones.

- El modelo de educación física sigue respondiendo a un modelo de valores “andocéntricos” en los que se fomenta la competitividad, la fuerza, la agresividad, etc. en detrimento de aspectos recreativos, lúdicos, cooperativos, etc.
- Los medios de comunicación siguen fomentando el estereotipo de que el deporte es algo masculino, de manera que los chicos encuentran un mayor número de modelos sociales con los que identificarse. El interés y la complejidad del fenómeno deportivo actual se ve incrementado por la influencia de estos medios, en los cuales la programación deportiva además de su protagonismo por el volumen de emisión, transmite unos valores socialmente aceptados, lo que convierte al deporte en algo deseable, no sólo por cuestiones de salud, sino también por el estatus, el éxito asociado y el “fetichismo actual” del cuerpo sano (Rodríguez y De Miguel, 1990).

Por tanto, podemos concluir que elementos del estilo de vida de un individuo, como pueden ser la práctica deportiva, se encuentran ligados al estilo de vida de su grupo social de referencia y a las condiciones socioestructurales en las que viven tanto el individuo como el grupo (Erben, Franzkowiak y Wenzel, 1992). En este sentido, nuestro estudio reivindica con Reid (1991) la importancia de estudiar la salud y los estilos de vida contextualizando la investigación en unidades territoriales como una comunidad o un barrio, resaltando la influencia del lugar y la profundidad de las asociaciones establecidas. De este modo, se demuestra que, midiendo características compartidas de los individuos, el estado de salud de una población no puede disociarse del sistema ecológico en el que su gente vive.

A su vez, las políticas y programas comunitarios de salud deben tomar medidas para superar las desigualdades en salud. Deben integrar a las mujeres en los procesos de identificación, planificación y gestión que les aseguren un lugar en la toma de decisiones (Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE, 1995) y que tengan en cuenta tanto las causas estructurales, como las históricas, psicológicas, sociológicas y especialmente, socioeconómicas que configuran su situación discriminatoria actual (Garcés y Martínez, 1992).

Esta premisa es teóricamente aceptada por todos, pero en la práctica la intervención sanitaria se sigue centrando básicamente en los aspectos biológicos (Echauri, Pérez y Salcedo, 2001; Ruiz y Verbrugge, 1997). Debería asumirse un modelo de salud en el que la disponibilidad de los recursos no abarque sólo los aspectos sanitarios sino también los socioeconómicos (OMS, 1978; Saforcada, 2000).

Hemos de investigar la interrelación de orden socio simbólico, entre las diferencias biológicas sexuales que afectan a la salud y las atribuciones culturales de lo masculino y femenino que las determinan o modulan. De ahí la importancia desde la perspectiva de género, de escuchar la voz de las mujeres, la especificidad de su padecimiento y la necesidad de ponerlas en relación con su experiencia de vida y los condicionantes culturales que determinan, en gran

medida, el modo de “sentirse bien” y el análisis crítico de las respuestas de las instituciones sanitarias al problema de la salud de las mujeres, la conceptualización que las sustenta y las consecuencias que acarrea (Miqueo, Yom’s, Tejero, Barral, Fernández y Yago, 2001).

Por tanto, la promoción de la actividad física en las mujeres no solamente es cuestión del aprovechamiento de su tiempo libre, sino también de diseñar estrategias que posibiliten su participación saludable y dentro de una filosofía en la que la persona encuentra en la práctica de actividades físicas un modo de reconocerse como sujeto social. Desde un entorno comunitario interesaría:

- Potenciar la participación de la mujer en la elaboración y concreción de políticas deportivas, que aún es escasa, comparada con otros ámbitos; lo que permitiría una mejor calidad en el deporte al estar todos representados. Durante los últimos años, la participación femenina en el deporte se ha visto incrementada de forma espectacular, pero esta presencia no se ha visto reflejada en una mayor representación en puestos de decisión y dirección del deporte. Mientras que no haya mujeres que dirijan, decidan y sirvan de modelo dentro del deporte, no habrá igualdad de oportunidades para su práctica.
- Fomentar la práctica del ejercicio físico como actividad complementaria y enriquecedora, que favorece la salud y el bienestar, y que permite a todos los individuos conocerse mejor, expresarse, adquirir habilidades y demostrar sus capacidades. Intentar que la actividad física se adopte como un hábito saludable y socializante, que ayuda a la formación y el desarrollo de la persona. Y además, puede servir de estímulo a la incorporación de la mujer a una sociedad sin distinción de género.

BIBLIOGRAFÍA

- Abril, N. (1992). *El ama de casa, hoy*. Bilbao: Eroski
- Amorós, C. (1985). *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Barcelona: Anthropos.
- Balaguer, I. (1998). Self concept, physical activity and health among adolescents. *24 International Congress of Applied Psychology*. San Francisco.
- Balaguer, I. y Castillo, I. (2002). Actividad física, ejercicio físico y deporte en la adolescencia temprana. En I. Balaguer (2002) (Ed.). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro, pp.37-64.
- Baum, A.; Rrevenson, T.A. y Singer, J.E. (2001). *Handbook of health psychology*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bañuel, A. (1994). La construcción social del cuerpo de la mujer en el deporte. Perspectivas en sociología del cuerpo. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 68.
- Bañuelos, C. (1994). Los patrones estéticos en los albores del siglo XXI: hacia una revisión de los estudios en torno a este tema. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 68, 119-140.
- Burín, M. (1990). *El malestar de las mujeres*. Barcelona: Paidós.

- Castillo, I. y Balaguer, I. (1998). Relaciones entre salud percibida y ejercicio físico. *Informació Psicológica*, 67, 22-27.
- Clark, J.D. (1990). Variation in Michigan Hospital use rates: do physician and hospital characteristics provide the explanations?. *Social Science and Medicine*, 30, 67-82.
- Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE (1995). *Gender equality: moving towards sustainable, people centred development*. OCDE.
- Davies, A. y Ware, C. (1981). Conceptualizations and measurement of health and patients for adults in the Health Insurance Study. En J. Herrero (1994). *Estresores sociales y recursos sociales. Tesis doctoral*. Valencia: Facultad de Psicología.
- De Miguel, J.M. (1997). *La sociedad española 1996 –1997*. Madrid: Universidad Complutense.
- De Miguel, J.M. (1998). *Estructura y cambio social en España*. Madrid: Alianza Editorial
- Departamento de salud, Gobierno de Navarra (1991). *¿Cómo estamos salud? . Pamplona: Encuesta de Salud de Navarra*.
- Diener, E. y Larsen, R.J. (1993). The experience of emotional well-being. En E.Diener y F.Fujita (1995). Resources, personal strivings and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, (5), 926-935.
- Dio, E. (1991). *La depresión de la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- Durkheim, E. (1951 trad.). *Suicide: A study in sociology*. New York: The Free Press.
- Echauri, M., Pérez, M.J. y Salcedo, M.A. (2001). *Estilos de vida, protocolos para profesionales. Educación y comunicación en consulta individual*. Pamplona: Gobierno de Navarra.
- Eiser, R. y Hersen, M. (2000). *Handbook of gender, culture and health*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Elias, N. y Dunning, E. (1995). *Deporte y ocio en el proceso de civilización*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Erben, R., Franzkowiak, P. y Wenzel, E. (1992). Assessment of the outcomes of health intervention. *Social Science and Medicine*, 35, 359-365.
- Esteban, M. L. (1993). La obsesión de adelgazar. *Geu Emakumeok*, 17.
- Garcés, J. y Martínez, A. (1992). *Necesidades colectivas y servicios sociales*. Alicante: Actual.
- García Ferrando, M. (1990). *Aspectos sociales del deporte: Una reflexión sociológica*. Madrid: Alianza deporte.
- García Ferrando, M. (1996). *Ocio y Deporte en España*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- García Merita, M. y Soler, M.J. (2002). Salud percibida y alteraciones psicósomáticas en la adolescencia temprana. En I. Balaguer (2002) (Ed.). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro, pp.183-207.
- Gil-Lacruz, M. (2000). *Salud y fuentes de apoyo social. Análisis de una comunidad*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Girela, M.J. (1986). La imagen de la mujer en la publicidad desde la perspectiva de la actividad física y el deporte. En M. García Ferrando (1990). *Aspectos sociales del deporte. Una reflexión sociológica*. Madrid: Alianza.
- Gobierno de Aragón (1997). *Educación para la Salud. Conceptos y bases para el desarrollo de programas*. Zaragoza: Departamento de Sanidad.

- Gómez, E. (1993). *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la salud. Publicación Científica, 541.
- González De Chávez, L. y Fernández, M^a. A. (1999). *Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género*. Canarias: Universidad de las Palmas de Gran Canaria e Instituto Canario de la Mujer.
- Herrero, J. (1994). Estresores sociales y recursos sociales: el papel de apoyo social en el ajuste bio psico social. *Tesis doctoral*. Facultad de Psicología. Universitat de Valencia.
- Herrero, J., Musitu, G. y Gracia, E. (1994). Cómo aprendemos a relacionarnos. Un análisis desde el concepto de apoyo social. En G.Musitu (Dir). *Intervención comunitaria*. Valencia: Set i Set, pp.263-270.
- Hyde, J. (1995). *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.
- Idler, E.L. y Kasl, S.V. (1991). Health perceptions and survival: Do global evaluations of health really predict mortality?. *Journal of Gerontology*, 45, 55-65.
- Izquierdo, J. (1988). *La desigualdad de las mujeres en el uso del tiempo*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales, Serie estudios, 20.
- Jayme, M. y Sau, V. (1996). *Psicología diferencial del sexo y el género*, Ed. Icaria. Barcelona.
- Kisnerman N. (1981). *Salud Pública y Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Lagarde, M. (1994). *Democracia Genérica*. México: REPEM,
- Martínez, B. (1989). *Mujer y deporte*. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona.
- McDermott, W. (1981). Absence of indicators of the influence of physicians on a society's health. *American Journal of Medicine*, 7, 833-843.
- Miqueo, C.; Yom's, C.; Tejero, M^a. C.; Barral, M^a. J, Fernández, T y Yago, T. (2001). Perspectivas de género en salud. *Fundamentos científicos y socio profesionales e diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva Editores.
- Monton, J.L. (2000). *Estilos de vida, hábitos y aspectos psicosociales de los adolescentes: estudio de la población de 10 a 19 años de Pozuelo de Alarcón y Leganés*. Madrid: Universidad Complutense.
- Myers, D.G. y Diener, E. (1995). Who is happy?. En E.Diener y F.Fujita (1995). Resources, personal strivings and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (5), 926-935.
- Nahon, D. y Lander, N.R. (1998). Hombres en apuros. *Orgyn*, 2 (IX), 13-23.
- Nathasons, C.A. y Lorenz, G. (1982). Women and health: the service dimensions of medical data. En J. Zollinger (Ed.). *Women in the middle year*. New York: Wiley, J. And Sons.
- Norbert, E. y Dunning, E. (1995). *Deporte y ocio en el proceso de la civilización*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Obiols, O. (1995). *Adolescencia, postmodernidad y escuela secundaria*. Buenos Aires: Kapeluz.
- OMS (1946). Crónica de la OMS. Vol 1, 31.
- OMS (1978). *Atención Primaria de Salud. Alma-Ata*. Ginebra: OMS.
- OMS (1996). *The Women's health and development programe. Famile and reproductive health*. Ginebra: OMS.

- Piperno, A. y Di Orio, F. (1990). Social differences in health and utilization of health services in Italy. *Social Science and Medicine*, 31, 305-365.
- Pons, D. (1998). Vivir activos para vivir mejor. Estilos de vida activos en la tercera edad. *Informació Psicológica*, 67, 18-21.
- Prociencia, C. (1998). *Actividad física, deporte y vida al aire libre, en la adolescencia*. Buenos Aires: Ministerio de Cultura y Educación.
- Ramos Torres, R. (1990). *Uso del tiempo y desigualdad entre mujeres y hombres en España*. Madrid: Instituto de la Mujer, Serie estudios 26.
- Reid, A. (1991). Una epidemiología ecológica. *Anthropos*, 118-119. *Sociedad Urbana y Salud*, 47-51.
- Rodríguez, J.A. y De Miguel, J.M. (1990). *Salud y poder*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Ruiz, M.T. y Verbrugge, L. (1997). Gender bias: a polarized view of the human gender. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, 106-109.
- Saforcada, E. (2000). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención a la salud*. Buenos Aires: Paidós
- Santacreu, J. (1991). Psicología clínica y psicología de la salud: marcos teóricos y modelos. *Revista de Psicología de la salud*, 1 (3), 3-20.
- Turner, B. (1984). *El cuerpo y la Sociedad*. México: Fondo de cultura económica.
- VanderZee, K.I., Buunk, B.P. y Sanderman, R. (1995). Social comparison as a mediator between health problems and subjective health evaluations. *British Journal of Social Psychology*, 34, 53-65.