

Salud y ocio, retos actuales de la calidad de vida. reflexiones desde la pedagogía

María D. Dapia Conde

Universidad de Lugo

Resumen

Si bien el abanico de factores que contribuyen a la calidad de vida es muy amplio, en este trabajo nos centraremos en el ocio y la salud y en las relaciones recíprocas entre ambos, así como en el papel de la educación –específicamente pedagogía del ocio y educación para la salud– como vehículo para la consecución de la calidad de vida.

Para ambas temáticas hemos estructurado las reflexiones del siguiente modo. Se inicia abordando las concepciones actuales de ocio y salud vinculadas a la calidad de vida, continuando con algunas aportaciones pedagógicas derivadas de estas reflexiones. Por último, se incluye un apartado, a modo de epílogo, destinado a abordar los puntos de encuentro y posibilidades entre ocio y salud, en la realidad actual.

Abstract

Although the range of factors that contribute to life quality is rather, in this paper we'll deal with leisure and health and the reciprocal relationships between both. We'll also approach the role that

education –specifically leisure pedagogy and education for health– plays as a vehicle to get life quality.

For both topics we have structured our ideas in the following way: Firstly, we tackle present-day conceptions about leisure and health related to life quality. Secondly, we add some pedagogical contributions derived from these reflections. Finally, a section is included – as an epilogue– whose aim is to establish connections and possibilities leisure and health nowadays.

Keywords: Leisure Education, Health Education, Quality of life.

Introducción

El ocio y la salud son dos valores emergentes en la sociedad actual, manifestándose como dos factores importantes en la consecución de la calidad de vida. Hemos avanzado en la esperanza de vida, centrándonos ahora no tanto en la “cantidad de vida” sino en la calidad de la misma. Son varios los indicadores y/o factores que favorecen la misma, y entre ellos destacan el ocio y la salud. Pero, ¿cuáles han sido los factores que han desencadenado tal situación? ¿cómo po-

demos definir su función? ¿cómo afrontar pedagógicamente esta nueva realidad? ¿cómo adecuar el discurso pedagógico a los cambios producidos y, a la vez, qué cambios se pueden generar desde la educación? ¿cuáles son las aportaciones pedagógicas y principios que han de regir tales intervenciones?, y además, ¿cuál es la relación entre ocio y salud en el contexto de este discurso? Efectivamente, muy pocos han sido los estudios que han centrado su atención en estas relaciones, aunque creemos que en un futuro próximo quizás serán necesarios mayores esfuerzos de investigación en esta línea. Estas, pues, serán las claves de nuestras reflexiones que presentaremos en las páginas que siguen.

Aproximación conceptual. Hacia un enfoque holístico de salud

Hemos asistido, en la breve pero dilatada historia de la educación para la salud, a una evolución significativa del concepto de salud. Se ha ampliado, desde un enfoque limitado, médico, sanitario, a un concepto amplio, que se identifica con el universo “calidad de vida” y se convierte en algo intrínseco a las propias pautas vitales de la población. Por ello, es importante dedicar un espacio a enmarcar esquemáticamente el contexto en que utilizamos el concepto de salud. Hasta la década de los 40, el concepto de salud estuvo determinado por la influencia que ejerció el modelo médico; es decir, la salud era entendida como la ausencia de enfermedad. En el momento actual, todos coincidimos en que esta definición no es operativa, no responde a la realidad, es

incompleta y porque además las definiciones negativas no son útiles en las ciencias sociales.

Es a partir de la década de los 40, y más concretamente de la definición propuesta por la OMS, en el artículo 1 de su Acta Constitucional (1946), cuando la concepción de salud se amplía y se torna positiva. Será tomando como referente esta definición, análisis y matizaciones posteriores, en torno a la que elaboraremos nuestro discurso. La OMS establece que la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Las aportaciones de esta definición frente a la concepción anterior son incuestionables: visión positiva de salud, perspectiva holística y global, que incorpora las dimensiones social y psicológica, frente a la concepción anterior que la reducía a la ausencia de enfermedad.

Las evidentes contribuciones de esta definición, no obstante, han dejado espacio para que ésta fuera objeto de críticas, que en el fondo han contribuido a enriquecerla y a marcar la perspectiva actual de la salud. Entre las críticas más insistentes destacan las siguientes: identificación de salud con bienestar, cuando éste no siempre implica salud; consideración de la salud como un estado, algo estático, y no como un proceso dinámico, cambiante; y, el carácter utópico presente en la definición, porque ¿quién puede conseguir ese “completo” estado de bienestar?

El análisis de las actuales formulaciones de salud nos permite identificar sus señas de identidad o tendencias, que podemos resumir del siguiente modo:

- La salud como valor positivo: Superación de la idea de salud como ausencia de enfermedad.
- Concepción holística, integral: interacción de aspectos físicos, mentales y sociales.
- Concepción dinámica, como un proceso y no como un estado permanente.
- Incorporación de aspectos objetivos y subjetivos.
- Carácter ecológico: interacción medioambiente-salud-individuo.
- Vinculación con la calidad de vida: generar salud implica conseguir una mejor calidad de vida.

En conclusión, como señalan García y Escarbajal (1997, 127) “este concepto se ha ampliado hasta incorporar elementos (bienestar social, funcionamiento equilibrado de la sociedad y el entorno natural, calidad de vida, etc.) que van más allá del sujeto individual... En esta ampliación del concepto, la salud no se reduce a un estado físico individual como puede apreciarse, sino que se mezcla con elementos que superan el límite de lo físico individual: lo mental, el bienestar, el funcionamiento social, el equilibrio personal, *la calidad de vida*; elementos todos ellos que configuran la salud como un concepto relacional o ecológico, toda vez que supone que la salud tiene que ver con el modo en que el ser humano se sitúa en relación a su entorno vital, social y natural”.

Educación para la salud, un medio para la consecución de la calidad de vida

Fuertemente vinculada a esta concepción de salud se justifica el actual

enfoque de educación para la salud, asimismo muy vinculado a la calidad de vida. Veamos algunas aportaciones que lo justifican.

La educación para la salud está comprometida con la *calidad de vida* y promoción del bienestar físico, social o mental (Serrano, 1997, 27).

Generar salud impone buscar y conseguir una mejor *calidad de vida* (Jouvencel, 1987, 9)

en definitiva, el logro de los valores sanitarios en la salud, en un afán de dotar de *mejor calidad de vida* a los ciudadanos, han ido propiciando un considerable aumento del interés por las cuestiones que se relacionan con la educación para la salud (Colom, 1998, 90)

la educación para la salud aparece como un instrumento esencial para la configuración social de la salud, para hacer frente a la creciente desigualdad social en la gestión de los riesgos de salud y como un mecanismo formativo destinado a promover la *calidad de vida* de los individuos y grupos sociales (García Martínez, 1998, 155).

La educación para la salud se configura disciplinarmente como el ámbito de estudio y formación capaz de generar procesos de incidencia social referentes a la capacidad de las poblaciones para mejorar la *calidad de su vida* en su más amplia dimensión (García Martínez, Saez y Escarbajal, 2000, 42).

Esta vinculación entre educación para la salud y calidad de vida también aparece reflejada en las taxonomías de indicadores de evaluación de programas de educación y promoción de la salud. En algunas de ellas (Hawe *et al.*, 1993; Tones y Tilford, 1994) se introducen las medidas de calidad de vida como uno de los indicadores posibles. A su vez, distintos autores coinciden en incluir la salud entre los indicadores de la calidad de vida (cfr. Fernández y Dapía, 2000). La calidad de vida y la salud son dos realidades tan estrechamente interrelacionadas que una

nos lleva inevitablemente a la otra: si la salud de una persona va a ser un determinante de su calidad de vida, no es menos cierto que la calidad de vida de esa misma persona vaya a determinar también su salud (Rodríguez Marín, 1995). Tal es hoy esta relación, que la definición actualmente más aceptada y extendida de salud es muy similar a la que podemos dar de calidad de vida.

La presentación de estas aportaciones de diferentes autores nos ayuda a interpretar el valor de la educación para la salud como facilitadora, mediadora, con capacidad y posibilidad de mejora de la calidad de vida de las personas y de las comunidades. Pero ¿cuál es su papel? ¿qué principios deben sustentarla? ¿cuál es el enfoque de educación para la salud que permite, con mayor éxito, un incremento de la calidad de vida? Para dar respuesta a estas cuestiones iniciaremos el discurso recordando brevemente los determinantes de la salud, para seguidamente dar paso a los modelos o enfoques de educación para la salud, analizando sus aportaciones en la consecución de la calidad de vida.

Es en 1974, cuando M. Lalonde, en un trabajo ya clásico, pero aún vigente y confirmado por investigaciones posteriores, establece los determinantes de la salud – la biología humana, el sistema de asistencia sanitario, el estilo de vida y el medio ambiente– y analiza su peso relativo, concluyendo que, de los 4 grupos señalados, son el medio ambiente y el estilo de vida los que ejercen más influencia –siendo el límite entre ellos impreciso–.

En la actualidad, se ha tomado conciencia de la influencia ejercida por los

hábitos de comportamiento en la salud y de la influencia de los factores ambientales. Es, en estas coordenadas en las que la educación para la salud ha de plantear su acción para la consecución de la calidad de vida, justamente con la participación de la población, ya que las principales causas de muerte, las enfermedades actuales parecen estar claramente vinculadas, en mayor o menor medida, a un cierto estilo de vida y a las circunstancias del entorno o medio ambiente. Así, la educación para la salud no sólo potenciará, sino que será un importante recurso también para conseguir la calidad de vida, por lo que educar para la salud equivaldrá a mejorar la calidad de vida de las personas.

En su corta, pero dilatada trayectoria, podemos distinguir dos enfoques de la educación para la salud, diferenciándose por el peso otorgado a los dos factores más influyentes en la salud y sobre los cuáles la educación para la salud se fundamenta y justifica: el estilo de vida y el medio ambiente, y que además cronológicamente no son simultáneos, sino que el segundo nace por la falta de éxito del primero, complementándolo, aunque en la práctica están coexistiendo juntos, con influencias desiguales.

La concepción clásica de educación para la salud sostiene que la salud depende de la responsabilidad individual, ya que la causa de las enfermedades, de la “no consecución” de la calidad de vida radica en los comportamientos insanos que son precisamente los que hay que modificar. Así, la educación para la salud se centraba exclusivamente en la elevación de la capacidad de respuesta individual ante los factores que provocan las

enfermedades, el malestar. La segunda concepción, que se viene denominando ecológica, está basada en la premisa según la cual los factores ambientales externos al individuo condicionan o influyen en su conducta; aspecto éste no mencionado en la primera concepción. Por tanto, el gran avance de la concepción actual respecto de su antecesora reside precisamente en la superación de esa vinculación estrictamente individual y su puesta en relación con factores sociales y medio ambientales, en tanto que elementos coadyuvantes en la consecución de la calidad de vida. No basta con automodificar las conductas personales, es necesario modificar el ambiente y las relaciones mantenidas con él. Fortuny y Molina (1996, 119) en base a este segundo modelo definen la educación para la salud como “un proceso formativo, participativo, destinado a capacitar a todas las personas para poder participar de forma responsable en las decisiones relacionadas con la salud, tanto en lo que afecta a su estilo de vida como en lo que se refiere al ambiente”.

Desde esta perspectiva, las tendencias actuales de educación para la salud para la mejora de la salud en tanto que calidad de vida, vienen marcadas por el siguiente principio, que expresa perfectamente García (1998, 157), y reproducimos textualmente:

Desarrollar la calidad de vida pasa necesariamente (aun cuando no pueda hablarse de que ello sea una condición suficiente...) por la modificación de aquellos hábitos y comportamientos que inciden negativamente en nuestra salud, así como de las relaciones personales y sociales que los sostienen.

Esta evolución de la educación para la salud significa una superación del pa-

pel que tradicionalmente se le había atribuido, limitado a cambiar las conductas de riesgo de los individuos, centrado exclusivamente en el individuo –lo que se ha venido denominando “culpabilizar a la víctima”– para dar paso a un modelo, según el cual los comportamientos saludables no dependen solo de factores internos del individuo, sino también y, en gran medida de factores ambientales y sociales, por lo que se aborda de forma más amplia la temática, incorporando los factores externos al individuo como condicionantes de su comportamiento y consecuentemente a tenerlos en cuenta en la educación para la salud.

Todo ello bajo el paraguas de la promoción de la salud –como realidad más amplia que incluye dentro de su ámbito la educación para la salud–, promovida por la OMS y recogida en la Carta de Ottawa (WHO, 1986), según la cual la promoción de la salud “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Implica potenciar aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables y reducir aquellos otros que generan enfermedad, combinando medidas políticas de muy diversa índole con medidas educativas y organizativas dirigidas a los individuos y a las comunidades. En esta misma carta se definieron cinco líneas esenciales de acción: construcción de políticas saludables, creación de ambientes favorables, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes/habilidades personales y reorientación de los servicios sanitarios. Once años después, en la Declaración de Yakarta (OMS, 1997), se insiste explícitamente en la

necesidad de incrementar las necesidades de la comunidad y de los individuos para actuar sobre los determinantes de su salud, basándose en que “la promoción de la salud se establece por y con las personas” y que, en consecuencia, “la responsabilización de los individuos exige su participación sistemática en la toma de decisiones así como la adquisición de las competencias y los conocimientos esenciales para poder efectuar los cambios necesarios”.

De acuerdo con esta perspectiva, el enfoque actual de educación para la salud que contribuya a las necesidades reseñadas, a la consecución de elementos imprescindibles para el equilibrio social, y en consecuencia, la convierta en un agente potencial de cambio social, se ha venido denominando modelo de “participación y compromiso” (Serrano, 1990), modelo de capacitación (Wallerstein y Bernstein, 1988, 1994; Wallerstein y Sánchez-Merki, 1994); modelo que busca capacitar a los individuos para la transformación social cuyo efecto sea limitar y constreñir las oportunidades para que los participantes construyan sus propios significados, ayudándolos a actuar más apropiadamente a la luz de sus valores acerca de la salud. Considera que la autonomía, la responsabilidad frente a la salud, la solidaridad y el compromiso con el entorno, la participación activa en el proceso de vivir, son estructuras fundamentales del “nuevo estilo de vida” al que queremos llegar. Con una manera nueva de hacer y de ser, personal y colectiva, al servicio de una mejor calidad de vida.

No basta, por tanto, con una prácti-

ca de la educación para la salud que se base en la transmisión de conocimientos, se hace necesaria que esta práctica contemple y busque capacitar a los individuos y a las comunidades en una amplia variedad de competencias: establecer relaciones, comunicarse, resolver conflictos, ser positivo, aumentar la autoestima, capacidad de decidir,... considerándola como parte integrante e inseparable de un desarrollo comunitario que se apoye en los valores de justicia social, que se fundamenta en el paradigma crítico transformador de la educación, en su ámbito más general; aproximación, que es más obvia, si tenemos en cuenta que este modelo toma como principios la filosofía educativa de la liberación de Freire:

Una pedagogía de la cultura debería llegar a ser prioritaria en las estrategias de intervención de promoción de la salud, de tal forma que no asociara naturalmente el concepto de barreras con diferencias culturales. Los esfuerzos programáticos deberían profundizar las posibilidades de la pedagogía crítica como una parte de las prácticas de promoción de la salud en las escuelas, comunidades y lugares de trabajo, así como en los niveles nacionales e internacionales (Airhinhenbuwa, 1995, 117).

Así, en la actualidad la concepción de salud asociada a la calidad de vida ha provocado una generalización y expansión de la educación para la salud. Los ámbitos y contextos a los que se dirige son muy variados; se pueden encontrar programas de educación para la salud dirigidos a la familia destinados fundamentalmente a la adquisición de competencias para la crianza, a la estimulación precoz o la prevención; desarrollados en empresas mediante la información y el aporte de instrumentos teóricos y técnicas que contribuyan a eliminar riesgos directos o ambientales presentes en el

centro o ámbitos laborales; desarrollados en hospitales y/o centros de salud destinados a usuarios, enfermos, trabajadores... y con diferentes objetivos; llevados a cabo en los centros sociales; así como en diferentes instituciones sociales donde convergen los ciudadanos. Todos ellos pueden ser agrupados inicialmente en programas dirigidos a la escuela y aquellos destinados a los ámbitos comunitarios, sanitarios y educativos no escolares. Finalizaremos con unas breves reflexiones acerca de los aspectos diferenciales.

En el marco legal, es necesario señalar que hasta la aprobación de la LOGSE, la introducción "explícita" de la salud en el currículo escolar no se contemplaba. En esta ley se recoge la opción que las autoridades educativas españolas han tomado para introducir la educación para la salud en el currículo escolar; que ha sido la de considerarla, como todos sabemos, tema o área transversal. De esta forma al menos en teoría y dentro de un marco legal queda reflejada su presencia. Sin embargo, esta inclusión teórica legal que ha sido un paso esencial, pero insuficiente no está exenta de problemas cuando se traslada a la práctica (falta de formación, mayor carga de contenidos,...) y, de esta forma, en la actualidad, la implantación real de la educación para la salud sigue siendo contemplada por los docentes socialmente más comprometidos, sin ser una práctica totalmente extendida en nuestros centros educativos.

Por otra parte, de todos es conocido que la educación no se agota con la escolarización, existen otros ámbitos educativos, no formales e informales, de indudable relevancia, para desarrollar programas de educación para la salud.

Este marco, no formal e informal, tiene unos límites más difusos, no se puede hablar de un contexto preciso y determinado como ocurría en la escuela y, además los programas que en ese marco se pueden desarrollar son variados, tanto en lo relativo a destinatarios como a espacios y contenidos. Tampoco, se puede olvidar, que estos ámbitos no tienen un marco legislativo definido que regule la integración de la educación para la salud. Por tanto, son tres las características que definen las iniciativas no formales e informales: amplitud, heterogeneidad y ausencia de un marco legal.

Revalorización del ocio. Consideraciones iniciales

Varias, han sido las causas que han generado que la sociedad actual revalorice el ocio y nos lleve a reflexionar acerca de su importancia y de las posibles, a la vez que necesarias, intervenciones en este ámbito. No sólo hacen referencia al progresivo incremento del tiempo libre, sino también obedecen a factores estrictamente pedagógicos, y al reconocimiento del significado de esta experiencia de la vida en el desarrollo personal, considerándose como necesidad y derecho de todas las personas, como dimensión clave para el bienestar de los individuos y su calidad de vida; en definitiva, hacen referencia al reconocimiento del ocio como una dimensión esencial en el desarrollo de los seres humanos. Así, estamos asistiendo a un "significativo cambio de actitudes hacia el ocio, cuyo resultado es el incremento de la importancia de esta esfera de la experiencia humana en el bienestar, la salud y la calidad de vida, en general" (Gorbeña, González y Lázaro, 1997, 22).

El aumento del tiempo libre es un hecho obvio en nuestra sociedad:

- Universalización y democratización del tiempo libre: Acceso generalizado que abarca a todos los estratos sociales y a todos los estadios del ciclo vital.
- Dificultades de inserción laboral. Desempleo,...
- Reducción progresiva de la jornada laboral.
- Modalidades de contrato de trabajo (contratos temporales, a tiempo parcial) con menores exigencias de permanencia en el trabajo.
- Reducción de la vida laboral: acceso tardío, anticipación en la edad de jubilación, prejubilaciones,...
- Incremento de la esperanza de vida. La esperanza de vida en España ha pasado de un promedio de 35 años a principios de siglo hasta llegar a los 75 en el caso de los varones y 83 en el de las mujeres.
- Cambios en la estructura familiar. Posiblemente, el cambio más significativo en la sociedad actual sea la incorporación de la mujer al mundo laboral (y el incremento que se espera), que no le permite “cuidar” de sus hijos en el tiempo libre de éstos. Además de reducción de la extensión de las familias, ausencia de lugares donde los niños puedan jugar –las calles y los barrios son cada vez más hostiles para los más pequeños–,...

La tendencia, por tanto, en este siglo XXI vendrá caracterizada por cambios profundos en la relación del individuo con el trabajo, con la tendencia a tener más tiempo libre y más oportunidades de ocuparlo con actividades programadas. No en vano, ya se están creando profesionales del ocio y se revelan como una de las profesiones con más futuro,

uno de los yacimientos de empleo.

A estos factores sociales, tenemos que añadir otros estrictamente pedagógicos; es decir, la educación como integrante del sistema social en su conjunto no puede permanecer de espaldas a ésta, sino que obedece al propio dinamismo social. Así, la respuesta a estas necesidades sociales que acabamos de señalar, se ha ido configurando en el marco de la pedagogía social, bajo la denominación de “*pedagogía del ocio*”, “*educación del tiempo libre*” –según las distintas denominaciones al uso– fortalecida por una pedagogía que se caracteriza por la extensión del fenómeno educativo en todos sus ámbitos y manifestaciones, y con alusiones a conceptos más amplios como “*educación a lo largo de la vida*”, “*educación no formal*”, “*animación sociocultural*”, “*educación en valores*”, “*educación fuera de la escuela*”, “*ciudad educativa*”.

Hoy hablamos de la educación como un proceso permanente, que en el ámbito que nos ocupa se refleja del modo siguiente. Las intervenciones pedagógicas en el tiempo libre, sobre la base de los factores desencadenantes del incremento del tiempo libre señalados, no sólo son necesarias en la infancia, sino que se hace necesaria una educación a lo largo de toda la vida (Delors, 1996) desde la infancia a la vejez, que favorezca el mejor desarrollo de cada sujeto. Pero además de esta ampliación en la dimensión vertical de la educación, en el tiempo, manifestada en las diferentes etapas del ciclo vital, asistimos a una ampliación en la dimensión horizontal, que alude a las diferentes instituciones “*encargadas de la educación*”. La educación no puede considerar-

se exclusivamente un proceso limitado al espacio escolar, sino que en la actualidad se relativiza el protagonismo de la escuela; relativización que viene acompañada de la creciente valorización de otras iniciativas educativas fuera de la misma, enmarcadas fundamentalmente, en lo que ha venido denominándose “educación no formal”. Varios han sido los autores que han presentado sus aportaciones acerca de la diferenciación y complementariedad de las diferentes manifestaciones educativas aglutinadas bajo las denominaciones de educación formal, no formal e informal (Coombs; Trilla; Touriñan; Quintana; Vázquez). Es evidente, que la pedagogía del ocio encuentra un enclave idóneo en la educación no formal, mucho más que desde la educación formal; parece ser que es en el ámbito específico de la educación no formal donde, con frecuencia, la pedagogía del ocio tiene más fuerza, ya que en la educación formal se considera un elemento secundario en la formación. Tampoco podemos obviar las relaciones, todavía más evidentes, entre la pedagogía del ocio y la animación sociocultural; a este respecto, el profesor Trilla (1997, 146) se manifiesta de forma contundente, afirmando que se caracterizan más por las coincidencias existentes entre ellas, que por las fronteras que pueden establecerse para diferenciarlas.

Por otra parte, cada vez se ha tomado mayor conciencia de la importancia de una educación en valores frente a la acumulación de información y de contenidos, de fácil acceso, en la actualidad, gracias a las nuevas tecnologías de la información. El reconocimiento de la necesidad de una educación en valores en la sociedad actual, así como la constatación de la

ineficacia de la institución escolar en la atención de valores relacionados con la autonomía, la libertad responsable, la sociabilidad, la afectividad, respeto a los demás, diversión,... e indudablemente el ocio, perfilan las instituciones no formales como espacios idóneos para su desarrollo. De esta forma, valores no potenciados educativamente han empezado a integrarse en una concepción de educación que se basa en el desarrollo integral del individuo, en el que la educación del ocio desempeña un papel cada vez más importante (Cfr. Cid, Dapía, Heras y Payá, 2001).

Concepción actual del ocio. El ocio como derecho y necesidad humana

El uso indiscriminado de los términos tiempo libre y ocio, frecuentemente utilizados como sinónimos, así como la evolución de este último, aconsejan presentar las perspectivas actuales para contribuir a su esclarecimiento desde un enfoque pedagógico, y situar nuestra concepción. Partiremos del principio, ya admitido globalmente, de que ocio y tiempo libre no pueden hacerse equivalentes, aunque están íntimamente vinculados ya que el ocio es una de las posibles, pero no la única, manifestaciones del tiempo libre. Por sus aportaciones al desarrollo humano y la posibilidad pedagógica de intervención nos detendremos en las perspectivas actuales del ocio.

Algunos estudiosos de la educación desde diferentes departamentos españoles se han preocupado por esta temática contribuyendo con valiosas aportaciones (Puig, Trilla, Cuenca, Quintana, Caride,

Vázquez, entre otros), sin olvidar a educadores que han reflexionado desde la práctica educativa, tanto en instituciones de intervención en el tiempo libre, como en instituciones de formación de educadores (Joaquín Franch, Alfons Martinell, Toni Puig...).

No obstante, para iniciar este recorrido por las definiciones de ocio de los pedagogos en este tema, es obligado referirnos al ya clásico concepto de ocio propuesto por el sociólogo Dumazedier, que ha servido de punto de arranque para que otros autores completaran y matizaran su concepción. Dumazedier (1971, 20) define el ocio como “un conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede entregarse de forma voluntaria, sea para descansar, divertirse o desarrollar su información o formación desinteresada, y la participación social voluntaria, tras haberse liberado de sus obligaciones familiares y sociales”. De esta definición podemos extraer algunas características del ocio: enmarcada fuera de las obligaciones profesionales, familiares y sociales, carácter voluntario,... y con unas funciones conocidas como “las tres d”: descanso, diversión y desarrollo personal.

En la primera obra específica de pedagogía del ocio, que ha marcado un hito en nuestro país, escrita por el profesor Trilla junto a Josep M^a Puig “La Pedagogía del ocio” (1987) se recogen las aportaciones de Dumazedier y sus aludidas “tres d”, estableciendo que “se crea una situación de ocio cuando el hombre durante su tiempo libre decide y gestiona libremente sus actividades, obtiene placer y satisface necesidades personales, tales como des-

cansar, divertirse o desarrollarse” (p. 20). Será unos años después cuando se recoge de forma más detallada y precisa cuáles son para él las tres notas esenciales del ocio: autonomía, autotelismo y vivencia placentera, al definirlo como “una forma de utilizar el tiempo libre mediante una ocupación autotélica y autónomamente elegida y realizada, cuyo desarrollo resulta placentero al individuo” (Trilla, 1993, 60). Además Trilla manifiesta las dificultades e inconsistencias de definir ocio por oposición a tiempo de trabajo, así como las relaciones entre los términos de ocio y tiempo libre – ocio una de las posibles opciones del tiempo libre, más subjetivo frente al tiempo libre que es algo más objetivo, cuantificable– subrayando, en consecuencia, que el ocio vendrá determinado más por la actitud, el significado, la vivencia personal, con que se vive, que por las actividades que ocupan ese tiempo.

La concepción de ocio de Cuenca coincide en lo esencial con las notas definitorias propuestas por Trilla, al establecer que “vivir el ocio es ser consciente de la no obligatoriedad y de la finalidad no utilitaria de una acción externa o interna, habiendo elegido dicha acción en función de la satisfacción íntima que proporciona (1995, 26) –nuevamente libertad, no utilitarismo y satisfacción son las claves que nos permiten identificar esta experiencia del ser humano–. Pero añade, tomando como referente la Carta Internacional del Ocio (WLRA, 1993, 26), la consideración del ocio como una necesidad humana, un signo de calidad de vida y un derecho humano, al afirmar que “es un área de experiencia, un recurso de

desarrollo, una fuente de salud y prevención de enfermedades físicas y psíquicas, un derecho humano que parte de tener cubiertas las condiciones básicas de vida, un signo de calidad de vida y un posible potencial económico”. Detengámonos, con detalle en la consideración actual del ocio, derivada de la Asociación Internacional WLRA (World Leisure & Recreation Association) extrayendo de la Carta publicada sobre la educación del ocio, los puntos relativos a su concepción:

1. El ocio se refiere a un área específica de la experiencia humana, con sus propios beneficios, entre ellos la libertad de elección, creatividad, satisfacción, disfrute y placer, y una mayor felicidad. Comprende formas de expresión o actividad amplias cuyos elementos son frecuentemente tanto de naturaleza física como intelectual, social, artística o espiritual.
2. El ocio es un recurso importante para el desarrollo personal, social o económico y es un aspecto importante de la calidad de vida. El ocio es también una industria cultural que crea empleo, bienes y servicios. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales y medioambientales pueden aumentar o dificultar el ocio.
3. El ocio fomenta una buena salud general y un bienestar al ofrecer variadas oportunidades que permiten a individuos y grupos seleccionar actividades y experiencias que se ajustan a sus propias necesidades, intereses y preferencias. Las personas consiguen su máximo potencial de ocio cuando participan en las decisiones que determinan las condiciones de ocio.

4. El ocio es un derecho humano básico, como la educación, el trabajo y la salud, y nadie debería ser privado de este derecho por razones de género, orientación sexual, edad, raza, religión, creencia, nivel de salud, discapacidad o condición económica.

A pesar de algunas divergencias conceptuales que pudiéramos encontrar con las definiciones presentadas, la carta reitera algunos de los elementos identificativos del ocio ya señalados – libertad, satisfacción, placer–. En la misma dirección se sitúa Vázquez (1998, 68) al afirmar que a pesar de la variedad de actividades de ocio existentes, convergen en sus metas “producir el disfrute, desarrollar la recreación y la creatividad y fomentar la autonomía personal”. Asimismo, Caride (1998, 22-23) apunta que el ocio “implica trascender la mera disponibilidad de un tiempo libre no comprometido con obligaciones cotidianas: supone pensar en experiencias asociadas con actitudes, iniciativas y comportamientos que se realizan con la intención de lograr satisfacciones personales, de mejora individual y colectiva”. Por otra parte, en la citada carta se asocia ocio y calidad de vida, ocio y salud, y por ende la consideración de necesidad humana y derecho (cf. Cuenca, 1997; Caride, 1998). Ambas perspectivas nos parecen muy interesantes desde la óptica de nuestro análisis: ocio como exponente de la calidad de vida en la sociedad actual –aspecto sobre el que profundizaremos en el apartado siguiente– y ocio como derecho, que pasamos a describir.

Es evidente, la consideración de derecho que le otorga la WRLA al ocio en la carta que venimos analizando; derecho

tan importante que se equipara a otros derechos humanos tales como la educación, el trabajo y la salud, sin discriminación alguna por ninguna condición. Además de esta referencia explícita identificamos también alusiones al ocio como derecho en otras normativas de diferente rango. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 recoge algunas manifestaciones al tema del ocio; nos referimos al artículo 24 relativo al derecho al descanso, disfrute del tiempo libre y vacaciones pagadas y al artículo 22 que hace referencia a la satisfacción de los derechos culturales. Se trata, por tanto, de alusiones poco explícitas al tema del ocio: el primero por su formulación en contraposición al tiempo de trabajo y en el segundo por su manifestación exclusiva a la cultura, con una desconexión absoluta con el ocio. No obstante, la evolución de nuestras sociedades modernas ha provocado una nueva formulación de estos derechos –todavía sin categoría jurídica de tales– que se conoce como “Tercera Generación de los Derechos Humanos”, dentro de los cuales se incluye el derecho al ocio (cf. Gorbeña. González y Lázaro, 1997, 31). Coincidimos con Escámez (1998) cuando afirma que estos derechos de tercera generación o derechos de calidad de vida, necesitan ser implantados en las prácticas sociales, y que ocupen un lugar preferencial en la educación del futuro. Si nos limitamos a la etapa infantil, en la Declaración Universal de los Derechos del Niño de 1959, el artículo 5 hace referencia al derecho al juego: “El niño disfrutará plenamente de juegos y diversiones, los cuales deberán estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación”.

En coherencia con la realidad a nivel internacional, en España será la Constitución española de 1978, la normativa de carácter más general de la que partir. Explícitamente, y bajo la denominación de ocio, se alude en el artículo 43.3 “los poderes públicos... facilitarán la adecuada utilización del ocio” y circunscrito a la tercera edad en el artículo 50 “los poderes públicos... atenderán a sus problemas específicos de... cultura y ocio”. A estos habría que añadir aquellos con referencias al ámbito de la cultura recogidos en el preámbulo, el artículo 9.2 del título preliminar, artículo 44.1 y 48.

Pedagogía del ocio como exponente de la calidad de vida

La concepción actual de ocio presentada, basada en su consideración como una necesidad humana y por ende, que es necesario satisfacer como requisito para una vida de calidad, así como la cantidad de tiempo liberado que ha generado la sociedad actual nos obliga a reflexionar acerca de la necesaria intervención pedagógica en este ámbito, frecuentemente olvidada, que ha venido en llamarse Pedagogía del ocio. Parece, pues, que existe un acuerdo casi general a la hora de admitir que la satisfacción en el ocio es una de las principales fuentes para la obtención de calidad de vida, incluso para algunas personas la más importante. Para que el ocio genere beneficios, debe generar satisfacción en el sujeto; ésta será mayor a medida que aumente la percepción de libertad con respecto a la decisión de llevar a cabo la actividad, la motivación debe ser intrínseca, debe darse una baja relación con el

trabajo y tratarse de una actividad coincidente con el objetivo final (cf. San Martín, 1997, 68).

Han sido varios los autores que se han manifestado en este sentido. Quintana (1991, 407-408) manifiesta que la sociedad industrial “empezó viviendo sobre el fundamento del valor del trabajo”, pero en la actualidad el trabajo ya no es el único valor de referencia, sino que “el hombre ha tomado conciencia de otros valores que confieren calidad a su vida, y así valora también el tiempo libre necesario para su propio autoconocimiento, el placer personal, la satisfacción de los deseos subjetivos...”. Caride (1997, 312; 1998, 23) destaca también la valoración del ocio como una de las dimensiones claves para la dignificación de las personas, para el bienestar de los individuos y una mejora cuantitativa y cualitativa de su calidad de vida. Cuenca (1997b, 348) se expresa en términos similares: “el ocio es signo de calidad de vida de un modo directo, en cuanto satisfacción de la necesidad de ocio, y también de un modo indirecto, en cuanto correctivo equilibrador de otros desajustes y carencias de tipo personal o social”.

Desde esta perspectiva, la intervención educativa del ocio busca “la mejora de la persona en relación a sus vivencias de ocio... la incidencia que puede tener la vivencia de una experiencia de ocio en la persona y en la mejora de su calidad de vida” (Cuenca, 1997a, 263). Por ello, continua afirmando, “la educación del ocio tiene sentido dentro de la educación integral y total, pero su especificidad radica en el conocimiento y la toma de conciencia de la importancia del ocio en la vida personal y social”(Cuenca, 1997

a, 264). Trilla (1993) también se manifiesta al considerar que la función de la pedagogía del ocio no es tanto ocupar el tiempo libre de las personas con actividades diversas, sino que “su cometido más específico es potenciar lo que de educativo tenga el ocio en sí mismo”, destacando, por tanto, los beneficios inherentes que aporta el ocio a las personas, y llamando la atención de una confusión frecuente en la pedagogía del ocio que se caracteriza por llenar el tiempo libre con actividades, convirtiendo éste en un tiempo ocupado. Insiste, en consecuencia, en que lo que define de forma más precisa el objeto de la pedagogía del ocio es el de “educar mediante el ocio” considerando que “uno se prepara a vivir un ocio rico por medio fundamentalmente de la vivencia de ocio rico. La pedagogía del ocio ha de contribuir a la creación de esa rica, creativa y personal vivencia, respetando siempre, además, la autonomía esencial del tiempo libre”, quedando vinculada a aquella educación llevada a cabo en el marco del tiempo libre y con unos objetivos específicamente relacionados con el ocio (Puig y Trilla, 1996, 85).

También en la carta internacional de la educación del ocio se refleja la importancia de ésta en la consecución de la calidad de vida, afirmando que el objetivo general es “lograr una deseable calidad de vida a través del ocio... a través del desarrollo y fomento de valores, actitudes, conocimientos y habilidades de ocio, a través del desarrollo personal, social, físico, emocional e intelectual”.

Todas estas referencias, que refuerzan la importancia del ocio como componente esencial de la calidad de vida, así como el ya señalado incremento del tiem-

po de libre disposición, junto al conocimiento del uso de este tiempo que, con frecuencia, supone, en términos de Cuenca (1995), una “direccionalidad negativa del ocio” – drogodependencias, teleadicción, ludopatías, consumo irracional,... – justifican y nos hacen comprender la urgente y necesaria consideración del ocio desde una perspectiva educativa. No contamos con una educación que nos capacite para elegir libremente las formas de ocupación del tiempo libre que permitan autodesarrollo, sino que adoptamos formas que provocan monotonía, individualismo, ansiedad, tedio, aburrimiento, escasa creatividad, alienación,... Por tanto, subrayamos nuevamente la urgente obligación de la sociedad y de la educación de afrontar el reto de preparar a las personas, no sólo para el trabajo, sino también es necesaria una preparación adecuada para una utilización del ocio en una dimensión creativa que incida positivamente en la formación integral de las personas, y para ello se requiere también una voluntad social. La Pedagogía del Ocio se presenta, pues, como reto, como necesidad, como posibilidad de la educación en la búsqueda del bienestar, de la calidad de vida. Coincidimos plenamente con Racionero (1987, 148) cuando afirma que “disfrutar del ocio es un arte que puede enseñarse” y con Cuenca (1995, 134) al escribir que “educativamente hablando el ocio debería ser tratado como ámbito de desarrollo humano, en el que resulta determinante la vivencia de libertad, autotelismo y sensación placentera”. Todo un desafío para la educación, y en concreto, para la educación social.

Epílogo: Ocio y salud. Puntos de encuentro

Hemos constatado como el concepto actual de ocio va asociado a elementos como placer, satisfacción, felicidad, libertad, autonomía, autotelismo o motivación intrínseca,... aspectos que pueden contribuir al bienestar, a la salud de los individuos, a mejorar su calidad de vida, llegando incluso a admitir que la satisfacción en el ocio es una de las principales fuentes para el bienestar de los individuos y para una mejora de su calidad de vida. A su vez, hemos visto que la concepción actual de salud se caracteriza por ser holística –incluye salud emocional o psicológica, física y social–, por enmarcarse en el contexto global del bienestar, y obviamente por vincularse a la calidad de vida. Quizás sea en estas premisas, donde buscar el punto de encuentro entre ocio y salud, es decir, en la influencia de los distintos dominios de la vida (entre ellos, ocio y salud) en el bienestar global, en la calidad de vida; coincidiendo además ambos conceptos en la inclusión de un componente objetivo y otro subjetivo.

Wankel (1994) resume en el siguiente cuadro 1 que reproducimos algunos de los descriptores clave de los componentes objetivos y subjetivos de ocio y salud, añadiendo que cuando las definiciones usadas son subjetivas comparten más características comunes, llegándose incluso, en el extremo más subjetivo, a desaparecer las distinciones entre ocio y salud. Esto si cabe toma mayor relevancia, si tenemos en cuenta que las definiciones actuales de ocio y salud, como hemos visto, destacan el componente subjetivo.

Cuadro 1. Definiciones objetivas y subjetivas de ocio y salud (Wankel, 1994)

	Definición objetiva	Definición subjetiva
O C I O	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tiempo disponible (tiempo que queda después del trabajo y las obligaciones) ▪ actividades que ocupan el tiempo disponible 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ estado de ánimo ▪ libertad percibida ▪ motivación intrínseca ▪ disfrute
S A L U D	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ausencia de enfermedades ▪ estatus de salud (incidencia de enfermedades/mortalidad por causa) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ elección individual ▪ salud y bienestar percibido ▪ satisfacción, calidad de vida, diversión, felicidad ▪ perspectiva holística, multidimensional de salud y bienestar ▪ potencial máximo (física, mental y socialmente) ▪ un recurso para vivir

Además, esta relación ocio-salud a la que nos venimos refiriendo no se agota en su vinculación a la calidad de vida, sino que se amplía a las relaciones recíprocas ocio-salud. Hemos visto en las páginas precedentes que el modo en que vivimos, el “estilo de vida” influye decisivamente en nuestra salud, y además, es obvio pensar que las prácticas de ocio forman parte de nuestro estilo de vida. Como señala López Noguero (1995, 37) “ya no es sólo la enfermedad, sino que se incluyen también en el concepto de ocio aspectos como: la vivienda pequeña, el trabajo excesivo o inadaptado, la individualidad urbana, la *falta de un ocio constructivo*, la escasez de movimientos y deportes,...”. Pues bien, el estilo de vida de ocio (o la falta del mismo) de un individuo puede estar muy relacionado con su salud, aunque rara vez se tiene en cuenta el estilo de vida con respecto al ocio de un individuo como un elemento importante en la promoción de la salud y del bienestar. Esta forma de pensar es

problemática por dos razones: porque ignora la influencia positiva que el ocio ejerce en el bienestar y la felicidad de una persona, lo que priva a los programas de promoción de la salud de un concepto o instrumento de gran potencial, y además porque no es cierto que todo el mundo lleve un estilo de ocio satisfactorio (Caldwell y Smith, 1988).

Señalemos algunas reflexiones que nos permitan contrastar tales afirmaciones.

Según Cuenca (1995, 56-58) la dinamicidad que caracteriza el ocio permite diferenciar una direccionalidad positiva y otra negativa. Esta última “se manifiesta cuando la realización de esta experiencia se muestra con un carácter negativo, bien desde el punto de vista de la sociedad en la que dicha acción se manifiesta, bien desde la percepción del propio sujeto que la vivencia”, que incluye, a su vez, la modalidad de “ocio nocivo” o de “ocio ausente”. Por ejemplo, en la juventud, prácticas que generalmente

ocurren en el tiempo de ocio, como la drogadicción, el exceso de consumo de alcohol, accidentes de tráfico –frecuentes en las “salidas” nocturnas– están asociadas a riesgos de salud o con efectos negativos en la salud y, por tanto, son manifestaciones del “ocio nocivo”. No en vano, recientemente, el gobierno acaba de aprobar un plan “de Acción Global de la Juventud” que contempla seis áreas de actuación entre las que se encuentran “educación para la salud” y “ocio y tiempo libre”; en esta última se pretende el impulso de alternativas de actividades de ocio saludable, firmando acuerdos con ayuntamientos para el uso de instalaciones deportivas y culturales fuera de horarios habituales. Ya en este momento, desde distintos municipios se proponen programas de ocio nocturnos “alternativos”, que buscan prácticas saludables de ocio para los jóvenes; nos estamos refiriendo, a la apertura y programación de actividades en pabellones deportivos y bibliotecas las noches de los sábados.

Y, en la tercera edad, el exceso de tiempo libre, la ausencia de propuestas y la pasividad son un buen reflejo del “ocio ausente”. En esta línea se sitúan algunas investigaciones que aportan interesantes contribuciones acerca de los efectos positivos de la participación de las personas mayores en experiencias de ocio para incrementar su bienestar psicosocial y su calidad de vida (Melendez, 1991; Tabourne, 1992; Siegenthaler, 1996). Asimismo, recordamos la inclusión en las áreas 4 y 5 –cultura y ocio, participación– del Plan Gerontológico Nacional, del que por su especificidad y relevancia en el tema que venimos tratando, recogemos una de sus líneas de actuación: “Fa-

cilitar el acceso de las personas mayores a los bienes culturales para la mejora de la calidad de vida y el fomento del empleo creativo del ocio”. Todo ello, pone de manifiesto la importancia creciente de los programas de animación sociocultural con este colectivo, como instrumento que ayuda a superar la frustración de “no hacer nada”, “no servir para nada”, los sentimientos de pesimismo y soledad, potencia la autoestima, mejora ciertas capacidades –físicas y mentales– previniendo su deterioro y, en definitiva, mejora la calidad de vida.

La direccionalidad positiva del ocio “es la que habitualmente va unida a la vivencia gratificante del mismo, tanto desde el punto de la persona como de la sociedad”. Esta vivencia gratificante, acompañada de otros atributos de ocio, tales como sentimiento de libertad, motivación intrínseca, ... aumentan la salud y el bienestar, demostrándose incluso que el aspecto de la vida a través del cual se puede aumentar con mayor facilidad el bienestar es el de “amistad y ocio” (Headey, Holmstrom y Wearing, 1985), y que las actividades de ocio pueden ser beneficiosas para la salud promoviendo estados de ánimo positivos y experiencias motivadoras que a su vez lleven al individuo a valorarse a sí mismo y generen en él un sentimiento de coherencia (Hull, 1990), o que el ocio puede ayudar a vencer la soledad y así contribuir al bienestar de las personas (Caldwell y Smith, 1988) o las investigaciones de Iso-Ahola y colaboradores basadas en los mecanismos asociados al ocio para ayudar a enfrentarse o reducir los efectos negativos del estrés (Coleman y Iso-Ahola, 1993).

Nos hemos referido a las consecuencias beneficiosas del ocio en el plano psicosocial, pero el empleo del ocio para mantener un cierto nivel de salud física es algo bien conocido, incluso más considerado en las investigaciones de ocio, porque ¿quién no ha asociado ejercicio físico con menor riesgo de ataques de corazón, por ejemplo? Sin embargo, no hay que olvidar que si bien éstos son motivos de peso para la práctica del ejercicio, muchos individuos participan en estas actividades por el propio placer que les produce la actividad y como resultado de una decisión propia. A ello habría que añadir los beneficios sociales que aportan estas prácticas –relaciones inter-personales, interacciones como recurso para hacer frente a las necesidades sociales–, lo que pone de relieve la interrelación entre los diferentes componentes de la salud.

Otros beneficios de las actividades de ocio son, por ejemplo, considerarlas una alternativa para prevenir el deterioro

mental en la tercera edad, ya que estimula la capacidad creativa e intelectual, así como el deterioro físico, mejorando la motricidad; o como mecanismo de integración social de sujetos o colectivos inadaptados o marginados socialmente; o, su inclusión en los programas de preparación a la jubilación como medida de adaptación a esta nueva etapa,...

Otra perspectiva que nos puede ayudar a una mayor comprensión de las vertientes del ocio *versus* salud, es la denominada “valores y contravalores” propuesta por Trilla (1993, 65) asumiendo que el ocio o el tiempo libre “es un contenedor que puede a la vez acoger valores y contravalores, funciones sociales positivas y tareas mucho más cuestionables”. A modo de decálogo nos presenta los valores y contravalores del ocio que merece la pena resaltar y tomarlos como punto de reflexión para analizar su incidencia en la salud.

1. libertad, autonomía, independencia	alienación, manipulación, dependencia...
2. felicidad, placer, diversión	insatisfacción, aburrimiento, tedio...
3. autotelismo, conocimiento desinteresado	ostentación, ocio mercancía
4. creatividad, personalización, diferencia	consumismo, masificación
5. sociabilidad, comunicación	aislamiento, incomunicación
6. actividad, esfuerzo automotivado	pasividad, indolencia,...
7. culturización	banalización cultural,...
8. valores de lo cotidiano	monotonía, inercia,...
9. valores de lo extraordinario	extravagancia, lo estrafalario,...
10. solidaridad, participación social y política	insolidaridad, indiferencia, pasotismo,...

Fuente: Trilla (1993). *Valores y contravalores presentes en el ocio*.

Hemos mostrado evidencias ya de algunos de los “beneficios” de los valores del ocio en la salud, nos centraremos ahora en los contravalores y en función de ellos presentaremos algunos ejemplos de los comportamientos que son manifestación de algunas “enfermedades” actuales relacionadas con el ocio.

- El *ocio pasivo*, el espectadorismo (audiovisual). La televisión acapara el primer puesto del ocio, se consumen diariamente en torno a las 3,5 horas de televisión. “La audiencia televisiva supera a cualquier otra práctica de ocio por su extensión y por su intensidad diaria” (Ruiz, 1994, 2040), aunque “fomenta el individualismo y la falta de diálogo” (Setién, 1996, 60).
- El *consumismo*. Ocio asociado a negocio, como producto de consumo, que nace a partir de la relación del ocio con la sociedad de consumo. “Con frecuencia el ocio se prostituye por la llamada industria del ocio que lo comercializa” (Rul-lán, 1997, 187). El ocio ha empezado a ocupar un puesto central en el desarrollo de la economía de mercado, lo que nos lleva a que el ocio se convierta en ocasiones en una frustración al no poder satisfacer las aspiraciones desencadenadas por la industria del ocio, al no gozar todos los individuos de las mismas oportunidades de participar en experiencias de ocio, lo que nos obliga a reflexionar acerca del grado de libertad –objetiva/subjectiva– presente en nuestras opciones de ocio.
- *Alienación*. Pérdida de la libertad individual en el “consumo” de ocio, masificándose de tal forma que se ha llegado a una estandarización, con la consiguiente ausencia de prácticas

creativas de ocio. El consumo de ocio, entendido como una actividad fundamentada en la homogeneización y alienación de la persona entra en conflicto con los valores de libertad, autonomía y desarrollo personal. “Se teme que el ocio se ha masificado y comercializado de tal forma que su pretendido carácter liberador y potenciador de las capacidades del individuo ha pasado a convertirse en un ideal humanista, mientras la realidad nos ofrece un abanico de actividades que sirven, más que nada, para llenar de forma alienante, el tiempo que tan costosamente se ha ido arrebatando al trabajo productivo” (Setién, 1996, 48).

Parece, pues, obvio, que estas reflexiones que venimos señalando evidencian las implicaciones que el ocio tiene para la salud (sobre todo en la salud mental y social, si es que tal distinción puede realizarse) en el bienestar y en la calidad de vida de las personas. Y, ello tanto desde una perspectiva más objetiva –las conductas de salud que pueden tener tanto efectos positivos como negativos sobre la salud– como desde la experiencia subjetiva del ocio, en la que los sentimientos de placer, disfrute, libertad percibida influyen en el bienestar psíquico y en la calidad de vida tanto individual como colectiva. Aunque efectivamente no puede ni debe limitarse el ocio a su condición “terapéutica”, contemplándolo como una garantía de salud física, mental y social de los que lo cultivan, sí es cierto que esta faceta debe ser contemplada, y se perfila como un campo de investigación científica que podría dar lugar a temas de estudio muy importantes en el futuro. No obstante, si parece suge-

rir la “posibilidad *versus* necesidad” de incorporar módulos de ocio en los programas de educación para la salud, con la finalidad de incrementar sus beneficios.

Concretando, en el ámbito de la prevención de las drogodependencias, ya contamos con algunos estudios en nuestro país que asocian ocio y consumo/uso indebido/ abuso de drogas, y perfilan la pedagogía del ocio como un medio óptimo para reducir o prevenir el consumo de drogas, considerando que una de las estrategias actualmente más en alza en el campo de la prevención de las drogodependencias, son los “programas de alternativas”, e incluyendo entre los objetivos de los programas de prevención “propiciar un uso enriquecedor del ocio y del tiempo libre” (cfr. Vila, 1996; García Mínguez, 1998; monográfico Revista Proyecto Hombre, 1999).

Para finalizar quisiéramos hacer una reflexión complementaria al conjunto de las ideas expuestas, relativa a la relación educación-calidad de vida. Aunque a lo largo del trabajo hemos insistido en el papel de la educación –educación para la salud, pedagogía del ocio– como medio para conseguir la salud y el ocio respectivamente –aspectos vinculados a la calidad de vida–, coincidimos con Ayuste, Romañá, Salinas y Trilla (2000) cuando afirman que esta relación no se agota en esta dimensión funcional de la educación (aunque, en efecto, muchas de las educaciones actuales se justifican de este modo), sino que también “la educación no sólo *sirve para*, sino también es calidad de vida” (dimensión actual), y “permite ayudar a conseguir el ajuste óptimo entre deseo, realidades y posibilidades” (dimensión desiderativa). A lo que hay que

añadir que no toda la educación se debe ver desde el prisma de la calidad de vida, aunque ciertamente sí tiene una función importante que cumplir.

Bibliografía

- AIRHIHENUWA, C.O. (1995): *Health and culture*. Thousand Oaks: Sage.
- AYUSTE, A.; ROMANÍA, T.; SALINAS, H. y TRILLA, J. (2000): Educación y calidad de vida. Las cosas, los otros y uno mismo. *Ponencia presentada en el XIX Seminario de Teoría de la Educación. Educación y calidad de vida*. San Lorenzo de El Escorial, noviembre 2000. Material policopiado.
- CALDWELL, L. y SMITH, E. (1988): Leisure: An Overlooked component of health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 79, april/may, s44-s48.
- CARIDE, J.A. (1998): Educación del ocio y del tiempo libre, en Beas, M.; García, J. y otros (coords.): *Atención a los espacios y tiempos extraescolares*. Granada: Grupo Editorial Universitario, 17-31.
- CARIDE, J. A. (1998): Ocio y pedagogía: Posibilidades y limitaciones de la educación en el tiempo libre, en AA.VV: *Nuevos Espacios de la Educación Social*. Bilbao: Universidad de Deusto, 303-317.
- CID, X.M.; DAPIA, M.D.; HERAS, P. y PAYÁ, M. (2001). *Valores transversales en la práctica educativa*. Madrid: Síntesis.
- COLEMAN, D. y ISO-AHOLA, S. (1993): Leisure and health: The role of social support and self-determination. *Journal of leisure research*, 25, 2, 111-128.
- COLOM, A.J. (1998): Educación para la salud, en SARRAMONA, J.; VÁZQUEZ, G. y COLOM, A. *Educación no formal*. Barcelona: Ariel, 89-103.
- CUENCA, M. (1995): *Temas de Pedagogía del ocio*. Bilbao: Universidad de Deusto.

- CUENCA, M. (1997): Ocio y animación sociocultural. Presente y futuro, en Trilla, J. (coord.) *Animación sociocultural*. Barcelona: Ariel, 343-357.
- CUENCA, M. (1997): La intervención educativa en ocio y tiempo libre, en AA.VV. *Nuevos Espacios de la Educación Social*. Bilbao: Universidad de Deusto, 253-286.
- DELORS, J. (coord.) (1996): *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana.
- DUMAZEDIER, J. (1971): *Ocio y clases sociales*. Barcelona: Fontanella.
- DUMAZEDIER, J. (1974): *Sociologie empirique du loisir*. Paris: Seuil.
- ESCAMEZ, J. (1998): Valores emergentes y los derechos humanos de la tercera generación, *Revista española de pedagogía*, 211, 437-456.
- FERNANDEZ, A. y DAPIA, M. (2000): Calidade de vida e educación para a saúde, *Cadernos de psicoloxía*, 27, 99-111.
- FORTUNY, M. y MOLINA, M.C. (1996): Educación para la salud, en BISQUERRA, R. y ALVAREZ, M. (ed.) *Manual de orientación y tutoría*. Madrid: Praxis.
- FRANCH, J. y MARTINELL, A. (1994): *Animar un proyecto de educación social*. Barcelona: Paidós.
- GARCÍA MARTÍNEZ, J.A. (1992): *La pedagogía social en su contexto: Una opción de futuro*. Barcelona: DM/PPU.
- GARCÍA MARTÍNEZ, J.A. (1998): Educación para la salud y desarrollo de la comunidad, en Escarbal, A. (Coord.) *La educación social en marcha*. Valencia: NAU Llibres, 155-172.
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. y ESCARBAJAL, A. (1997): Educación para la salud en la perspectiva del bienestar, en SAEZ CARRERAS, J. (Coord.) *Transformando los contextos sociales: la educación a favor de la democracia*. Barcelona: DM, pp.119-134.
- GARCÍA MARTÍNEZ, A.; SAEZ, J. y ESCARBAJAL, A. (2000): *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: ARAN Ediciones.
- GARCIA MINGUEZ, J. (1998): Tiempo libre, diversión y drogas, en Beas, M. y otros (Coord.) *Atención a los espacios y tiempos extraescolares*. Granada: Grupo Editorial Universitario, 49-60.
- GORBEÑA, S.; GONZÁLEZ, V.J. y LÁZARO, Y. (1995): *El derecho al Ocio en las personas discapacitadas*. Documentos de Estudios de Ocio, nº 4. Bilbao: Universidad de Deusto.
- HAWE, P.; DEGELING, D. Y HALL, J. (1993): *Evaluación en la promoción de la salud*. Barcelona: Masson.
- HEADEY, B.; HOLMSTROM, E. y WEARING, A. (1985): Models of well-being and ill-being, *Social Indicators Research*, 17, 211-234.
- HULL, R.B. (1990): Mood as a product of leisure: Causes and consequences, *Journal os Leisure Research*, 22, 2, 99-111.
- JOUVENCEL, M.R. (1987): *Salud, educación y violencia*. Madrid: G.J. Knapp.
- LALONDE, M. (1974): *A New perspective on the health of canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
- LOPEZ NOGUERO, F. (1995): Educación para la salud hoy, en Morón, J.A. (dir.) *Educación para la salud. Un reto para todos*. Sevilla: Ayuntamiento Dos Hermanas.
- MELLENDEZ, N. (1991): *¿Contribuye la recreación a la satisfacción del envejeciente jubilado?* Universidad de Puerto Rico.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (1993): *Plan Gerontológico*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- OMS (1946): *Constitution of the World Health Organisation*. Ginebra: OMS.
- OMS (1986): *Charte d"Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa:

- Association canadiense de Santé Publique.
- OMS (1997): *Declaración de Yakarta*. Ginebra: OMS.
- PUIG, J. M. Y TRILLA, J. (1987): *Pedagogía del Ocio*. Barcelona: Laertes (nueva edición revisada y ampliada, 1996).
- QUINTANA, J. M. (1991): El tiempo libre como ámbito humano y cultural, en *Iniciativas sociales en educación informal*. Madrid: Rialp, 402-415.
- REVISTA PROYECTO HOMBRE (1999): *Monográfico Adolescentes, drogas, ocio y tiempo libre*, 32.
- RACIONERO, L (1983): *Del paro al ocio*. Barcelona: Anagrama.
- RODRIGUEZ MARIN, J. (1995): *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- RUIZ, J.I. (1994): Ocio y estilos de vida, en Juárez, M.(Dir.) *V Informe sociológico sobre la situación en España. Sociedad para todos en el año 2000*. Madrid: Fundación Foessa, 1881-2073.
- RUL-LAN, G. (1997): Del ocio al neg-ocio... y otra vez al ocio, *Papers*, 53, 171-193.
- SANMARTIN, J.M. (1997): *Psicosociología del ocio y del turismo*. Málaga: Aljibe.
- SERRANO, M.I. (1990): *Educación para la salud y participación comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- SERRANO, M.I. (1997): *La educación para la salud del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.
- SETIEN, M.L. (1996): Actividades de ocio, ¿desarrollo personal o evasión? *Revista de Ciencias de la Educación*, 165, 44-61.
- SIEGENTHALER, K.L. (1996): Leisure and the Elderly. Research Update. *Parks and Recreation*, (31), 1, 18-24.
- TABOURNE, C. (1992): Name thar tune. Leisure education with the elderly. *Parks and Recreation*, (27), 4, 46-48.
- TONES, K. y TILFORD, S. (1994): *Health education. Effectiveness, efficiency and equity* London: Chapman & Hall.
- TRILLA, J. (1993): *Otras educaciones. Animación sociocultural, formación de adultos y ciudad educativa*. Barcelona: Anthropos.
- TRILLA, J. (1997): Animación sociocultural y educación en el tiempo libre, en Petrus, A. (coord.) *Pedagogía Social*. Barcelona: Ariel, 130-153.
- VÁZQUEZ, G. (1998): Ocio y tiempo libre, en Sarramona, J.; Vázquez, G. y Colom, A. *Educación no formal*. Barcelona: Ariel, 65-74.
- VILA, J. (1996): *Tiempo libre, educación y prevención en drogodependencias*. Madrid: Fundación para el Análisis y los Estudios Sociales.
- WALLERSTEIN, N. y BERNSTEIN, E. (1994): Introduction to community empowerment, participatory education and health, *Health education quarterly*, 21, (2), 141-148.
- WALLERSTEIN, N. y SÁNCHEZ-MERKI, V. (1994): Freirian praxis in health education: research results from an adolescent prevention program, *Health education Research*, 9, (1), 105-118.
- WANKEL, L.M. (1994) Health and leisure: Inextricably linked. *Journal of Physical Education*, vol. 64, nº 4, 28-31.
- WLRA (1993) International Charter for Leisure Education. *ELRA*, verano 1994, 13-16.