

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS DE LA
CULTURA FÍSICA Y EL DEPORTE
"MANUEL FAJARDO"
FACULTAD DE CULTURA FÍSICA
"NANCY URANGA ROMAGOZA"**

***TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO DE
MÁSTER EN LA
ACTIVIDAD FÍSICA EN LA COMUNIDAD***

Título: Plan de actividades físico-recreativas para la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 en el municipio Consolación del Sur.

Autora: Lic. Yazmín García Silva

Tutor: MsC. Israel Rodríguez González

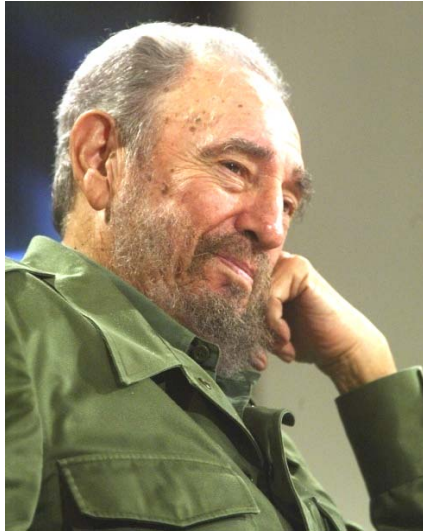
Pinar del Río

Julio 2011

"Año 53 de la Revolución"

PENSAMIENTO:

*... El futuro de nuestra Patria tiene que ser
necesariamente un futuro de Hombres de Ciencia...*



Fidel Castro Ruz.

Agradecer es:

- *Recordar por siempre a quien de muchas maneras nos prestan ayuda.*
- *Tenerlos presentes en el desarrollo de cada actividad.*
- *Hacer que actuemos acorde a las orientaciones y los buenos consejos que nos brindan.*

Agradecer, en fin, es valorar, admirar, y reconocer los esfuerzos realizados por las buenas personas. Será entonces, para nuestros padres, profesores y amigos, que le debemos todo lo que somos. Al Comité Académico y profesores de la Maestría, por lograr la motivación hacia la superación y la investigación.

A las muchas personas que han ayudado a que este sueño se haga realidad. Aún cuando sus nombres no estén reflejados aquí, sí lo están en mi corazón.

DEDICATORIA

Principalmente al empeño incondicional de mis padres, que han sido los mayores impulsores para que este sueño se haga realidad y por su constante Educación y Apoyo.

Con esmero y decoro a mi hija y a toda mi familia por estar siempre a mi lado en los mejores y más difíciles momentos de mi carrera.

Con respeto y admiración a mi tutor MsC. Israel Rodríguez González por su apoyo incondicional en mi desempeño con tesón por convertirme en una buena profesional.

RESUMEN

La investigación que nos ocupa, nos plantea como problema científico ¿Cómo contribuir a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años de la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur?, la cual tiene como objetivo general: Diseñar un plan de actividades físico-recreativas que contribuya a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur. La misma se inicia con la aplicación de los instrumentos que en primer lugar permitieron valorar la situación actual del problema objeto de investigación y el comportamiento de las actividades en función de disminuir los niveles de sedentarismo. Para darle salida a la misma fueron empleados métodos del nivel teórico y empíricos (observación, entrevista, encuesta). Todos ellos evidenciaron las irregularidades en el desarrollo de las actividades, así como la poca participación de este grupo etéreo en las mismas. De ahí la importancia de concebir dicho plan, su estructuración y materialización a partir de la realidad social teniendo presente sus gustos, necesidades e intereses, teniendo como pilar los preceptos más actualizados sobre el tema.

INDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPITULO I. Marco Teórico Conceptual. Sistematización de los fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan el tratamiento del sedentarismo en la población adulta a nivel nacional e internacional..... | 11 |
| I.1.- El concepto de salud y su evolución..... | 11 |
| I.2.- Conceptos de promoción de salud. Antecedentes y evolución..... | 14 |
| I.3.- Calidad- Estilo de vida..... | 19 |
| I.4.- Conceptualizaciones de actividad física y sus componentes..... | 24 |
| I.5.-Antecedentes históricos de la actividad física para la salud..... | 26 |
| I.6.- Consideraciones sobre los conceptos de comunidad..... | 29 |
| I.6.1.- Componentes estructurales de la comunidad..... | 30 |
| I.6.2.- La actividad física en la comunidad..... | 33 |
| I.7.- Fundamentos teóricos sobre el sedentarismo..... | 34 |
| I.8.- Características de la edad adulta..... | 38 |
| I.8.1.- Características y objetivos prioritarios de actividad física en la edad adulta..... | 39 |
| I.8.2.- Prescripción de la actividad física en edad adulta..... | 40 |
| CAPÍTULO II. Procesamiento y análisis de los resultados de la aplicación de los instrumentos investigativos..... | 44 |
| II.1.- Tipo de Estudio..... | 44 |
| II.2.- Características de la circunscripción 7 del consejo popular villa 2 del municipio Consolación del Sur..... | 44 |
| II.3.- Análisis de los resultados de los instrumentos aplicados..... | 45 |
| CAPÍTULO III. Plan de actividades físico-recreativas que contribuya a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur..... | 54 |
| III.1.- Fundamentación plan de actividades físico-recreativas para la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años..... | 54 |
| III.2.- Principios que sustentan el plan de actividades físico-recreativas..... | 56 |
| III.3.- Diseño del plan de actividades físico-recreativas para la disminución de los niveles de sedentarismo..... | 61 |
| III.4.- Cronograma de actividades físico-recreativas para la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 en el municipio Consolación del Sur..... | 66 |
| III.4.1.- Descripción de las actividades físico-recreativas..... | 66 |
| III.4.2.- Orientaciones metodológicas para la aplicación del plan de ejercicios físico-recreativo..... | 70 |
| III.5.- Valoración de la efectividad del plan de actividades físico-recreativas que contribuya a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur..... | 71 |
| III.5.1 Resultados generales | 71 |
| Conclusiones..... | 75 |
| Recomendaciones..... | 76 |
| Bibliografía..... | |
| Anexos..... | |

INTRODUCCIÓN.

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, la supervivencia del ser humano ha dependido de su capacidad para llevar a cabo una actividad física sostenida. De hecho, la capacidad de desarrollar actividades físicas vigorosas fue fundamental en la vida de los hombres y mujeres desde las primeras etapas de la historia de la humanidad hasta la Revolución Industrial. (OMS1986). Desde entonces se ha producido un gran cambio en los patrones de la actividad física de la población y las personas han adoptado progresivamente estilos de vida cada vez más sedentarios.

El desarrollo tecnológico, industrial y científico le ha proporcionado mayores conocimientos y medios para combatir la mayoría de las enfermedades más importantes que han atacado a la humanidad. (OMS1986). Así mismo, dicho desarrollo ha incrementado la expectativa de vida en los países más desarrollados en los cuales es habitual alcanzar los 80 años de edad. Sin embargo se sustituye la actividad física humana por el empleo de artefactos ideados con el fin de crear más confort, humanizar el trabajo y aumentar la productividad. La mayoría de las actividades físicas vigorosas son realizadas por las máquinas en el ámbito laboral (carga de objetos), en los desplazamientos (ascensores y automóviles) e incluso en el tiempo de ocio (ver la televisión, vídeo, juegos, transporte automotor para sus desplazamientos).

Es por eso que cuando el progreso de la ciencia y la tecnología le restan esfuerzo al cuerpo, entonces el organismo se hace débil y propenso a distintas enfermedades, porque el organismo necesita de la actividad física para mantenerse saludable. El estilo de vida sedentario constituye, por sí solo, un factor de riesgo para la salud, pues puede favorecer enfermedades como las cardiovasculares, determinados tipos de cáncer, la osteoporosis, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las hiperlipidemias, la obesidad, y el exceso de estrés. Además favorecen los procesos degenerativos propios del envejecimiento, y no resulta extraño encontrarlo asociado con el mal hábito de fumar, el alcoholismo y hábitos alimentarios inadecuados que también conspiran en detrimento de la salud. (Mojáiber, R. B.1986)

Si bien el fenómeno de la inactividad física o sedentarismo resulta perjudicial para todas las edades y sexos, la edad adulta tiene sus características particulares, pues es el período de la vida de las personas, comprendido entre la juventud y la ancianidad es donde se producen la mayor cantidad de morbilidad y mortalidad evitable por enfermedades crónicas.

Por todos estos factores, este período de edad es el principal foco de atención e interés de la medicina preventiva actual, ya que las enfermedades crónicas están en fase claramente ascendente en esas edades en la mayoría de los países de todo el mundo.

En la actualidad se reconoce la importancia e influencia de los estilos de vida saludables, y se acepta como la base de la Segunda Revolución Epidemiológica. En consecuencia se puede afirmar que en la práctica de la salud pública los estilos de vida saludables son el fundamento de la promoción de la salud para lograr combatir las enfermedades y riesgos que producen más del 70% de las muertes de la población: tabaco, alcohol, accidentes, dietas ricas en grasas saturadas y colesterol, obesidad, hipertensión arterial y sedentarismo. (Ochoa, 1992).

Algunas investigaciones se han puesto de manifiesto como efecto protector, la estrecha relación entre la actividad física y los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles y como efectos psicológicos de la falta de actividad física se han mencionado entre otros, su influencia negativa en aspectos como: estado de ánimo, la depresión, la falta de autoconfianza, la ansiedad y algunos mecanismos de respuesta al estrés, que hacen aumentar el riesgo de la coronariopatía. Otros estudios muestran que los bajos niveles de actividad física habitual están asociados con el incremento marcado de todas las causas de mortalidad. Otros estudios experimentales plantean que la práctica del ejercicio mejora los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y otros factores relacionados con la salud, incluyendo los niveles de lípidos en sangre. Los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares aumentan cuando la actividad física disminuye. (Serra JR.1996).

Resulta conveniente recordar que el movimiento favorece al movimiento, por lo que la actividad física, es decir, la contracción muscular, favorece a su vez los movimientos internos del organismo en su totalidad, que abarcan todos los procesos biológicos. Pero

debemos tener en cuenta que para lograr este resultado, los ejercicios deben ser orientados y dosificados adecuadamente, pues es cierto que la inactividad física resulta dañina, pero también puede serlo la práctica incorrecta o excesiva.

Como se ha podido apreciar, son conocidos y están demostrados científicamente los múltiples beneficios que reporta la práctica de la actividad física a personas de cualquier edad. Esta se organiza en los casos de los niños y jóvenes, mediante los programas de educación física en los distintos niveles: primaria, secundaria, educación técnica laboral y universitaria.

Como parte del estudio exploratorio en el municipio Consolación del Sur, específicamente en la circunscripción 7 de Villa 2, en la observación preliminar y en la entrevista a los factores de la comunidad se pudo apreciar:

- No se propician actividades físico-recreativas en la comunidad que contribuyan a la disminución de los niveles de sedentarismo en dicha zona (observación).
- De las actividades que se planifican como tendencia tienen un carácter pasivo, que si bien contribuyen a la ocupación del tiempo libre, estas no propician la disminución de los niveles de sedentarismo de esa población (observación).
- Estilos de vida desfavorables (entrevista).
- Se destacan como principales enfermedades crónica no transmisibles la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la obesidad y como no transmisibles el alcoholismo, el sedentarismo en mayor proporción (entrevista).
- Falta de cultura, sobre la importancia del ejercicio físico (entrevista).
- Insuficiente conocimiento del sedentarismo como enfermedad (entrevista).

Teniendo en cuenta los aspectos señalados anteriormente se puede arribar al siguiente **problema científico**:

¿Cómo contribuir a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años de la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur?

Objeto de estudio.

Proceso de tratamiento del sedentarismo.

Campo de acción.

Las actividades físico-recreativas para disminuir de los niveles de sedentarismo en la población adulta.

Objetivo.

Diseñar un plan de actividades físico-recreativas que contribuya a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la Circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur.

Preguntas Científicas.

1. ¿Qué fundamentos teóricos y metodológicos sustentan el tratamiento del sedentarismo en la población adulta a nivel nacional e internacional?
2. ¿Cuál es la situación actual que presenta los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años perteneciente a la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur?
3. ¿Qué características debe presentar un plan de actividades físico-recreativas que contribuya a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur?
4. ¿Cuál es la efectividad del plan de actividades físico-recreativas que contribuya a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la Circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur?

Tareas Científicas.

Teniendo en cuenta todo lo anterior y para darle cumplimiento al objetivo de la investigación fueron propuestos los siguientes objetivos específicos:

1. Sistematización de los fundamentos teóricos y metodológicos sustentan el tratamiento del sedentarismo en la población adulta a nivel nacional e internacional.

2. Diagnóstico de la situación actual que presenta los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años perteneciente a la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur.
3. Elaboración de un plan de actividades físico-recreativas que contribuya a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur.
4. Valoración de la efectividad del plan de actividades físico-recreativas que contribuya a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur.

Población y muestra.

Para la realización de esta investigación se tomó como población a 250 adultos lo que representa el 100%, y como muestra se seleccionó a 76 adultos comprendidos entre las edades 40 y 50 años, clasificados como sedentarios moderados y severos en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur. Para la selección de los adultos sedentarios se utilizó el muestreo de tipo no probabilístico (aleatorio simple); además de una muestra secundaria conformada por 10 personas.

Caracterización de la muestra.

Las personas adultas que conforman la muestra de nuestra investigación presenta entre sus principales características que provienen de una comunidad urbana, donde 40% de las mismas padecen de otra enfermedad crónica no transmisible, tales como hipertensión arterial (10), diabetes (6), hiperlipidemia (5), con antecedentes de obesidad (15), además como hábitos nocivos consumen bebidas alcohólicas (30) y fuman (40).

Diseño metodológico utilizado:

Nivel teórico:

- **Análisis-Síntesis:** Se empleó durante el proceso de consulta de la literatura referente al sedentarismo, la documentación especializada y en la aplicación de otros métodos del conocimiento científico.
- **Inductivo-Deductivo:** Este método facilitó la interpretación de los datos empíricos; así como descubrir regularidades importantes y relaciones entre los distintos componentes de la investigación.
- **Histórico-Lógico:** Permitió la búsqueda de los fundamentos que antecieron al problema científico tratado, los resultados históricos obtenidos, su desarrollo, significación y su incidencia en los resultados actuales.

Nivel empírico:

- **Trabajo con documentos:** En la recopilación de información necesaria para el desarrollo del trabajo acerca de los problemas relacionados con el sedentarismo de la provincia, el municipio y la localidad.
- **Observación:** Se empleó para obtener información primaria acerca de la materialización de las actividades físico-recreativas, lo cual permitió comprobar las consecuencias empíricas del trabajo.
- **Encuesta:** Valora los criterios de los practicantes sobre el plan propuesto.
- **Entrevista:** Permitió conocer aspectos relacionados con los hábitos de vida y preferencias hacia la práctica de actividades físico-recreativas de la población. Permitió a su vez conocer de la necesidad del diseño del plan para disminuir el nivel de sedentarismo, así como los aspectos fundamentales que debería poseer dicho plan.
- **Test para medir sedentarismo:** Se realizó para clasificar los niveles de sedentarismo de las personas que conforma la muestra nuestro trabajo.
- **Criterio de especialistas:** Permitió validar el plan de actividades físico-recreativas que se propone en cuanto a estructura, contenido y metodología.

Métodos de intervención comunitaria:

- **Entrevista a informantes claves:** Fue aplicada a los agentes de socialización (muestra secundaria) para determinar sus valoraciones (criterios, opiniones) acerca de la programación recreativa en la comunidad, recopilar información sobre el tratamiento que se le da a la realización de actividades físico -recreativas en este sector.
- **Fórum Comunitario:** De manera conjunta se expresaron las principales dificultades existentes en la comunidad en el desarrollo de las actividades físico-recreativas para la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta del sector.

Métodos estadísticos.

- **Estadística descriptiva e inferencial:** Destinada a la elaboración primaria de los datos, es decir la consolidación de la información que se obtuvo a través del diagnóstico, para reflejar claramente los datos que permitieron organizar y evaluar aspectos desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo de los instrumentos aplicado. Empleamos el método matemático a través de la estadística descriptiva (media aritmética) y la Inferencial a través de la dócima de proporciones para determinar la diferencia significativa entre los datos obtenidos en el pretest y el postest.

Estadígrafo Utilizado:

Media aritmética

$$\bar{X} = \sum_{i=1}^n \frac{x_i}{N}$$

Dócima de proporciones.

$$P_1 - P_2$$

$$Z = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{p(1-p)(1/n_1 + 1/n_2)}}$$

$$P_1 = X_1 / n_1$$

$$P_2 = X_2 / n_2$$

$$X_1 + X_2$$

$$P = \frac{X_1 + X_2}{n_1 + n_2}$$

$$n_1 + n_2$$

Rangos de α (alfa): Si $p < \alpha$ entonces:

$\alpha = 0.01$ 1 % Altamente significativo.

$\alpha = 0.05$ 5 % Muy significativo.

$\alpha = 0.10$ 10 % Significativo

Definiciones de término.

Plan de actividades físico-recreativas: Es la planificación de un grupo de actividades donde se tiene en cuenta los gustos y preferencias para dar respuesta a las necesidades de un grupo de personas con un fin determinado.

Sedentarismo: Insuficiente cantidad de movimiento, la falta de carga funcional por la actividad física sistemática.

Comunidad: Es el agrupamiento de personas concebido como una unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo común (intereses, objetivos, funciones) con sentido de pertenencia, situado en una determinada área geográfica, en la cual la pluralidad de personas interactúa intensamente entre sí e influye – de forma activa o pasiva – en la transformación material y espiritual de su entorno.

Actividades físicas - recreativas: Son todas aquellas actividades dirigidas por un profesional del deporte que se encargue de dosificarlas y aplicarlas correctamente en un período de tiempo determinado para ello, representan o cumplan en las personas las características de proporcionar salud, alegría y felicidad siempre y cuando prime su voluntad y la selección de cuándo, cómo y dónde las realiza en función de su desarrollo personal.

Novedad y aportes de la investigación.

Con la creación del grupo multidisciplinario de trabajo en la comunidad se han podido encontrar alternativas para darle solución a los problemas de salud detectados. Una de la mayor preocupación es los estilos de vida desfavorables que van en deterioro de la salud de la población. El trabajo que se realiza va encaminado a un estudio sobre los niveles de sedentarismo de la población adulta, realizándose este tipo de trabajo en la población y teniendo en cuenta capacidad física y funcional, aplicando un test físico para evaluar la

condición física de las personas y no la forma tradicional que aplica, que llevan a conceptos erróneos sobre el nivel de sedentarismo de una persona.

El **aporte de la investigación** se relaciona con el diseño de un plan de actividades físico-recreativas, el cual constituye una alternativa factible para la disminución de los niveles de sedentarismo de la población adulta en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur.

Descripción de los Capítulos.

El trabajo está compuesto por Introducción, 3 Capítulos, el **primero** se contextualiza sobre los temas motivos de estudio, antecedentes sobre los estilos de vida sedentarios, se hace una referencia sobre la actividad físico-recreativas y su estrecha relación con la salud humana. El **segundo capítulo** se analizan los resultados del diagnóstico inicial estableciendo las comparaciones correspondientes a determinar la significación de las diferencias entre las distribuciones obtenidas en cada indicador seleccionado en cuanto a su comportamiento antes y después de aplicado el plan de actividades físico-recreativas. El **tercer capítulo** se elabora la propuesta del plan de actividades físico-recreativas para la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 en el municipio Consolación del Sur; además de las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

¹CAPITULO I. Marco Teórico Conceptual. Sistematización de los fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan el tratamiento del sedentarismo en la población adulta a nivel nacional e internacional.

En este aspecto se trata primeramente sobre los conceptos generales de estilo de vida, de salud, actividad física y sus componentes, así como los antecedentes históricos de la actividad física para la salud y la actividad física como promotora de salud en los adultos. En un segundo aspecto se aborda detalladamente todo lo relacionado con la actividad física vinculada a la población adulta caracterizando la misma y determinando los principios para su prescripción así como los riesgos que puede implicar los programas de actividad física. Se trata además los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares, fundamentalmente el sedentarismo.

I.1.- El concepto de salud y su evolución.

En un inicio se consideraba la salud como un estado identificado con la ausencia de alguna enfermedad física o mental. Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud, desde su constitución en 1948 estableció una definición de salud de carácter positivo e integrador, proponiendo que: "la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social". Esta definición, sin ser perfecta, aportó al concepto de salud una integralidad que comprende las dimensiones física fisiológica, psicológica y social. En tal sentido, Salleras, en Sánchez Bañuelos (1998) identifica el concepto de salud como: "el nivel más alto posible de

¹ Sánchez Bañuelos, F. (1998). Capítulo 2. El concepto de salud, su relación con la actividad física y la E.F. orientada hacia la Salud. En: Ruíz Juan F, García López, A. y Casimiro Andujar, A. J. Nuevos Horizontes en la Educación física y el deporte escolar. New Perspectives in Physical Education and Schol sport (pp. 17-33) Malaga: Edición Española.

bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad"(1).

Desde esta perspectiva, la salud de la persona queda vinculada a procesos socioculturales, es decir muy próximo al ámbito de la educación, rebasando los límites de influencia en que tradicionalmente se había movido. Este no había sido otro, que los del sistema médico-sanitario.

En la misma línea se manifiesta Rodríguez Marín (1995) proponiendo respecto al concepto de salud los siguientes aspectos significativos:

“La salud no es sólo ausencia de enfermedad, sino que ha de ser entendida de una forma positiva como un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades, tendiendo a la plenitud de su autorrealización como entidad personal y como entidad social, es un proceso dinámico y cambiante, cuyo contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que lo formula y que lo acepta; convirtiéndose es un derecho de la persona como tal y como miembro de la comunidad, pero además, es una responsabilidad personal que debe ser fomentada y promocionada por la sociedad y sus instituciones. En consecuencia, hay que promover igualmente en el individuo la auto responsabilidad para defender, mantener y mejorar su salud, fomentando la mayor autonomía posible respecto al sistema sanitario”. (2) ²

Estamos de acuerdo con el enfoque de Marcos Becerro (1994), cuando señala que “en realidad, ninguna de las definiciones aportadas satisface a los técnicos encargados de su custodia y mejoría, y, todavía menos, a la comunidad científica, pues no es posible entender como una alteración del componente físico, no afecte también al mental y al social” (Becerro, M. 1994). Así, por ejemplo una afección del corazón origina siempre una alteración psíquica de mayor o menor relevancia, a la vez que modifica la conducta social del individuo. Por otra parte es inimaginable que una persona incapacitada para realizar una función importante del organismo pueda sentirse sana. Al mismo tiempo Marcos Becerro nos aporta una reflexión importante sobre la utilidad de las definiciones cuando nos

² Rodríguez Marín, J. (1995). Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis Psicológica.

plantea " la salud se comprende mejor por los contenidos de su concepto, que por su definición académica". Con ello señala que son tan importantes los aspectos eminentemente subjetivos (sensación de bienestar mental) como los objetivos (capacidad para realizar una función), y los sociales (adaptación al medio social y productivo) para entender el valor que la mayoría de los ciudadanos le atribuyen a su vida.

Se considera importante puntualizar la reflexión de Delgado Fernández (1999) cuando plantea: "la salud, entendida como un completo bienestar físico, psíquico y social, está condicionado por diversos factores. Algunos de estos factores no son influenciables, como ocurre con los componentes biológicos de la persona (edad, herencia, genética, etc.), otros son medianamente modificables, como los factores ambientales (nivel cultural, estatus socioeconómico, etc.) y, por último, existen factores altamente manipulables como son los hábitos de vida. Entre estos últimos se encuentra la actividad física". (3)³

En cada una de las dimensiones física, psicológica y social de la salud, se pueden contemplar según dos estados extremos absolutamente contrapuestos: por una parte un estado de signo positivo, y por otra, un estado de signo negativo. A los estados positivos de salud se les asocia con un estilo de vida adecuada, un óptimo nivel de estrés, una sensación de bienestar, una capacidad de disfrute de la vida y una tolerancia a los retos que plantea el entorno. Por su parte los estados negativos con respecto a la salud se les asocia fundamentalmente con el incremento de los niveles variados de la morbilidad y sus efectos asociados de carácter físico, psicológico y con una incidencia prematura de la mortalidad. Bouchard y col. (1990)

De todo lo expresado anteriormente acerca de las ideas actuales sobre la salud, destaca el hecho de que existen tanto en el ámbito personal, como colectivo formas y maneras de comportarse que son más favorables a la salud, frente a otras que pueden ser más desfavorables. Esto nos lleva al concepto de "estilo de vida" definido por Henderson, Hall y Lipton (1980) citados por Sánchez Bañuelos (1996) como el "conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona"(4).⁴

³ Delgado Fernández, M. y Col. (1999). Entrenamiento físico-deportivo y alimentación: De la infancia a la edad adulta. 2da edición .Barcelona. Editorial Paidotribo.

⁴ Sánchez Bañuelos, F. (1996,). La actividad física orientada hacia la salud. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S. L.

Sobre el concepto de salud se puede concluir que es complejo y, en ocasiones, los intentos por definirlo adolecen de contradicciones. Sin embargo resulta importante su constante análisis para aplicar intervenciones orientadas a mejorar índices de salud puesto que, de la precisión del concepto, considerando sus diferentes dimensiones, dependen las formulaciones de estrategias adecuadas y efectivas, para lograr una vida más prolongada y de mayor calidad.

I.2.- Conceptos de promoción de salud. Antecedentes y evolución.

Resulta de suma importancia para considerar los beneficios y efectividad de la actividad física para la salud, puesto que no se trata de conocer y medir la actividad física que el individuo realiza, sino lo que verdaderamente su organismo asimila.

Desde hace tiempo las evidencias científicas enfocan la importancia decisiva del nivel de condición física para la salud, especialmente la cardiovascular. Así, Cooper (1976) en Fordman y Leaf (1989), en sus estudios respalda la hipótesis de que las enfermedades de las arterias coronarias parecen estar asociadas con un nivel más bajo de condición física. Blair y col. (1989) en Pratt (1996), afirman que la mayoría de las causas de muerte y especialmente las cardiovasculares están asociadas a niveles bajos de condición física y que existe una relación que establece mayores beneficios para la salud a niveles más altos.

En resumen, para clasificar, medir y evaluar acertadamente el sedentarismo en relación con las enfermedades cardiovasculares, es necesario hacerlo a través de los niveles de condición física, especialmente del sistema cardiovascular que los individuos poseen o adquieren y, no solamente, por la actividad física y ejercicio físico que estos realicen.

La promoción de la salud, según Healthy people (2000) consiste en una combinación de apoyos educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones que contribuyen a la salud. Cumple sus objetivos mediante una variedad de actividades cuyo objeto es moldear los comportamientos normales de las personas y las poblaciones. Cubre dos escuelas de pensamiento identificables y a menudo opuestas: la que se centra en las elecciones y responsabilidades personales y la que se basa en el cambio social y del medio. Sin embargo, ambos elementos son fundamentales. La promoción de la salud no es

sinónima de educación para la salud. Esta última, a menudo confundida y equiparada a la primera, es un concepto más limitado.

La educación para la salud procura informar a las personas sobre los temas relacionados con su salud; proporciona una información que las personas motivadas pueden utilizar como base para su acción. Por otra parte, la promoción de la salud pretende no sólo informar sino también persuadir, motivar, facilitar y lograr la acción. Aunque la difusión de la información es uno de los componentes más importantes, el éxito de la promoción depende de la acción.

Según Alleyne (1996) en su reflexión sobre el concepto de promoción de salud, se pronuncia porque “la misma, más que limitarse a la prevención de enfermedades, tiene una visión holística de la salud y puede definirse como el proceso que permite a las personas y a las comunidades mejorar y mantener su bienestar físico, mental y espiritual. Puntualiza, además, que la promoción de la salud rebasa el ámbito exclusivo de ciertos grupos o sectores específicos – profesionales de la salud, políticos, educadores, periodistas, funcionarios públicos, especialistas del medio ambiente, empresas públicas y privadas- y pasa a ser acento de interés general” (5).⁵

En cuanto a la evolución histórica de la promoción de la salud, señala que es un fenómeno nuevo que se pone de manifiesto con claridad en la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud a través de la Carta de Ottawa en 1986. Pero que tuvo sus antecedentes en Marc. Lalonde. (1974) con su: “Informe de una nueva perspectiva de la salud canadiense”. Posteriormente, Carol Buck (1984-1986), en “Después de Lalonde: la creación de la salud”, realiza un análisis de los planteamientos de Lalonde y critica el no habersele dado la atención que merece al entorno y que pretende darle toda la responsabilidad al individuo para que cambie su estilo de vida. Estas dos valoraciones fueron claves en la Carta de Ottawa.

También se pronuncian sobre este aspecto (Vegal y Torres Hernández, 2001), ellos plantean que existió otra circunstancia a considerar en la evolución del concepto de

⁵ Alleyne, G. A. (1996). Prefacio En: Promoción de la Salud: Una antología. Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud .525 twenty-third street, NY.Washington D.C. 20037, EUA. Publicación Científica no. 557. libro 403 p.

promoción de la salud señalando que en el año 1978, en Alma Ata, mediante la estrategia de la OMS de "Salud para todos en el año 2000", se comienza a introducir el concepto de Promoción de Salud asociado al término ya conocido de Educación para la Salud. Y coinciden con los planteamientos anteriores, al afirmar que los principios de esta estrategia son definidos en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud que se efectuó en Ottawa, Canadá, en noviembre de 1986.

Como fue señalado anteriormente La Carta de Ottawa en 1986 marcó el inicio de la promoción de la salud siguiéndoles otros importantes eventos como: en 1992 La Declaración de Santa Fe de Bogotá y en 1993 Carta del Caribe para la promoción de la salud (Puerto España) Trinidad Tobago, a ellos le ha continuado muchos eventos de la misma índole pero en esta han quedado sentadas las pautas principales.

Tabla Nº 1.- Componentes principales de la condición física reorientada hacia la salud, según Pate (1988).

| CONDICION FISICA | CONDICIÓN FÍSICA/SALUD |
|--|---|
| Agilidad Potencia Resistencia cardiorespiratoria Fuerza y resistencia muscular Composición corporal Flexibilidad Velocidad Equilibrio | Resistencia cardiorespiratoria Fuerza y resistencia muscular Composición corporal Flexibilidad |

Otra cuestión, es el problema reiterado del axioma generalizado de que cualquier tipo de ejercicio practicado es beneficioso para la salud y, por último, la necesidad de estudios que determinen la cantidad de ejercicio necesario para alcanzar beneficios saludables para el organismo, ya que un ejercicio inapropiado o excesivo puede ser perjudicial para la salud (Corbin, 1987; Fox, 1991). Boone (1993) manifiesta que un ejercicio de intensidad baja o moderada es suficiente para mejorar y mantener la salud y la condición física, señalando que en manos de educadores físicos, entrenadores, fisiólogos del ejercicio está la clave para evitar las tendencias extremistas hacia el ejercicio físico.

En relación con la problemática sobre cuál puede ser en realidad la actividad física que resulte beneficiosa para la salud, Cooper (1998) arriba a un grupo de importantes conclusiones que deben ser cuidadosamente analizadas:

"Las actividades físicas para la salud representan una curva dosis-respuesta en diferentes grados de intensidad y se pueden lograr beneficios en todos sus grados, a partir de los beneficios de la actividad física se inician cuando las personas empiezan a moverse, recomendando un grado de actividad moderada sin temor a riesgo a la mayoría de las personas sin la necesidad de una evaluación ni receta de ejercicios complicados. Los médicos deben acabar con el mito de que uno tiene que ser atleta o participar en actividades vigorosas para tener un buen estado físico; estableciendo que el umbral de intensidad necesario para lograr un efecto de entrenamiento (es decir, para aumentar la capacidad respiratoria) es aproximadamente de 60 % de la frecuencia cardíaca máxima para la edad (50 % del $\text{vo}_{2\text{max}}$). Se cree que el umbral para lograr los otros beneficios para la salud comienza en menores grados de intensidad de actividad física" (6).⁶

Además señala que, no se exige que las personas participen con la intensidad necesaria para llegar al máximo de su capacidad cardiorespiratoria. Es muy importante que sepan que pueden ampliar su capacidad cardiorespiratoria y lograr importantes beneficios para la salud con un menor grado de actividad., de los beneficios para la salud de la actividad física como: un mejor estado de ánimo, reducción del estrés y control del peso, pueden comenzar tan pronto inicie el paciente una actividad con un grado de intensidad leve o moderada.

"Considera actividad física moderada a cualquier actividad que exija movimientos musculares rítmicos sostenidos, sea equivalente por lo menos a una caminata continua y se realice a < 70 % de la frecuencia cardíaca máxima para la edad (por ejemplo, caminar, nadar, montar en bicicleta, bailar, trabajar en el jardín y cortar césped). Denominando actividad física vigorosa a cualquier actividad física rítmica repetitiva en la que se emplean grandes grupos de músculos a ≥ 70 % de la frecuencia cardíaca máxima para la edad (por ejemplo: caminar rápido, trotar, correr, nadar, montar bicicleta, bailar, patinar, remar, saltar

⁶ Cooper, K.H. (1998). Cuerpo y Alma. EEUU: Atlántida.

lazo, esquiar a campo traviesa, jugar tenis y participar en competencias deportivas.” (Ídem al 6).

De este conjunto de importantes indicaciones de Cooper, sobre la actividad física que puede resultar saludable para el organismo de las personas, se puede concluir que:

Cualquier incremento de la actividad física, por pequeño que sea, inicia un efecto saludable, inclusive algunos beneficios se pueden lograr desde el primer día; que el nivel de intensidad de actividad física para la salud, no necesariamente tiene que ser vigorosa, todo lo contrario se recomienda que se realicen actividades físicas de un nivel de intensidad leve o moderada. No obstante, no se puede dejar de considerar que los efectos beneficiosos para la salud representan una curva dosis-respuestas y que cada individuo, según sus propias características, estado de salud, antecedentes de la práctica de la actividad física, lesiones, estado actual de condición física, grado de obesidad, debe seleccionar las cargas óptimas, que puedan ser asimiladas por él con el propósito de lograr un nivel de condición física saludable.

Todo lo anterior nos debe hacer reflexionar sobre la orientación crítica y reflexiva que ha de tener el planteamiento de actividades físicas encaminadas hacia la salud.

La autora asume el concepto de salud donde se plantea que “más que limitarse a la prevención de enfermedades, tiene una visión holística de la salud y puede definirse como el proceso que permite a las personas y a las comunidades mejorar y mantener su bienestar físico, mental y espiritual”, dado por Alleyne (1996), ya que este lo analiza en sus tres dimensiones biológica, física y social (biopsicosocial).

I.3.- Calidad- Estilo de vida.

Cuando hablamos del término calidad de vida, podemos plantear que en las diferentes bibliografías consultadas aún no existe la unanimidad al respecto, es un indicador que concita de por sí polémica. Veamos algunas tendencias que reflejan el desarrollo de la misma.

Donald T. (1990) aborda esta temática a profundidad; aspectos que retomamos en nuestro trabajo. Desde la perspectiva de salud la cual es entendida no sólo como ausencia de

enfermedad sino como un estado de completo bienestar mental y social. Criterio muy simplista del problemas, pero que recoge en su esencia elementos de importancia a la hora de medir dicha dimensión. Calidad de vida es medible si tenemos presente cinco indicadores o categorías generales (Bienestar físico, relaciones interpersonales, desarrollo personal, actividades recreativas y actividades espirituales).

El ser humano necesita en su desarrollo de determinadas comodidades materiales, higiénicas de salud y seguridad para lograr su desenvolvimiento social, todo lo cual está relacionado con las oportunidades en su desarrollo intelectual, autoexpresión, autoconciencia y la actividad lucrativa, en busca de una mayor socialización, es decir una recreación sana.

Los enfoques dados por Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger en el 1993, lo analizan con una óptica cuantitativa y cualitativa al término calidad de vida.

En lo **cuantitativo**: el fin es la operacionalización de la variable la Calidad de Vida, mediante la derivación de indicadores para su estudio:

- **Sociales** (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda);
- **Psicológicos** (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales);
- **Ecológicos** (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente).

Lo **cualitativo**, lo relacionan con la parte subjetiva del ser humano, que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

Otros hablan internacionalmente en categorías como individuales, comunitarias, ambientales y económicos como los elementos a tener presentes para valorar la calidad de vida. Individuales, en cuanto tributa a las oportunidades para vivir, aprender, llevar una vida satisfactoria y productiva, así como para encontrar caminos donde experimentar placer y

salud, con adecuado balance entre trabajo y juego, el fortalecimiento de la autoestima y la autorrealización, la creatividad y la adaptabilidad, la honestidad, la solución de problemas y la toma de decisiones, el bienestar psicológico, el sentido de aventura y el valor personal, entre otros aspectos.

Lo comunitario lo ven desde las oportunidades para interactuar con la familia, grupos de trabajo, vecindario, comunidades y la sociedad en general, de lo cual se derivan el fortalecimiento de las relaciones intergeneracionales, la integración familiar, la estructuración del vínculo social, el sentido de pertenencia, la cooperación, la aceptación de las diferencias culturales y entre grupos de edades, sexo y raza, la solidaridad, así como la disminución de las diversas formas de violencia y de las conductas antisociales y delictivas en sentido general. Y lo ambientalista esta dado precisamente en las oportunidades para actuar sobre el medio ambiente, la acción, creación, transformación y conservación de la flora, la fauna, en ornato público, en intercambio con la madre tierra y sus relaciones con el habitat que propicien mayores niveles de calidad.

El elemento económico es apreciado en la reducción de costos en el tratamiento de enfermedades que pueden evitarse mediante actividades sanas, la prevención de conductas de riesgo social que exigen inversiones para acciones penales, la elevación de la productividad laboral, el nivel de competencia y la creatividad en las personas desde un mayor compromiso social, la estimulación al turismo nacional e internacional por un mayor efecto de seguridad pública y la existencia de un vasto campo de ofertas recreativas, principalmente.

En aras de lograr consenso mundial sobre este controvertido tema la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el 2000 la analiza en una triada que incluye lo biológico, psicológico y social; donde se han de concebir actividades físicas recreativas que interconecten estos tres conceptos.

Calidad de vida en su sentido más amplio es un estado positivo desde todos los puntos de vista. Es estar en plenitud, el poder funcionar en toda su magnitud como ser biosocial; significa encontrarse en buenas condiciones desde el punto de vistas físico (fuerte, resistente a las enfermedades o poder sobreponerse rápidamente a ellas), poder disfrutar,

hacerse cargo de las responsabilidades, combatir la tensión nerviosa y el estrés en su dimensión psicológica.

Otros enfoques más abarcadores hablan de calidad de vida; así tenemos el abordado por Pérez A. (2003), quien lo analiza como una categoría socioeconómica, es decir (lo económico, ambiental, tecnológico, sociológico, lo biomédico y psicológico). Alude que no importa desde que área se vea, que la existencias de datos tanto cualitativos como cuantitativos que evidencian el ejercicio físico, la actividad física recreativa o el deporte, que se realiza siguiendo los principios, leyes y categorías de estas, de manera regular, son elementos “**condicionantes**” de la calidad de vida y por ende de la salud y su bienestar.

Así lo aborda Gómez Puerto, J R (2005), quien alude que, evidentemente al concepto de calidad de vida le son inherentes (X) condicionamientos que influyen y en algunos casos determinan este aspecto, cuando hablamos de físico, psicológico, cultural, espiritual, tecnológico, filosófico y por supuesto biomédico, los cuales están estrechamente relacionados con valoración y autovaloración que cada sujeto haga de sí mismo

Como se puede apreciar existen elementos que se interrelacionan entre estos diferentes autores, pero si todos ven el problema muy estrechamente relacionado al estilo de vida; estilo que hoy cobra otras dimensiones a partir del desarrollo socioeconómico marcado de la civilización humana. Lo cual aparejado un estrés físico y psicológico sin paralelo en el devenir humano, ha conllevado a conflictos perjudiciales para la vida humana.

Estilo de vida es la forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Incursionar en la temática de estilos de vida, no es posible hacerlo a través de un listado de comportamientos individuales y colectivos que definen el que hacer o no hacer para vivir más o menos años, independiente de como se viven. El estilo de vida debe entenderse como un proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida para lograr mejor calidad de vida y alcanzar, mantener la dignidad de la persona humana en la sociedad. Esta transformación exige la participación de la población. Se inicia con la identificación de las necesidades humanas y su objetivo final

será humanizar y dignificar al ser humano a través de la satisfacción de sus necesidades de expresión, creatividad, participación, igualdad de condiciones de convivencia, y autodeterminación entre otras. En esta forma el desarrollo está íntimamente ligado con las oportunidades de autorrealización de las personas como individuos o como grupos. Duncan, P (1986) “El estilo de vida desde una perspectiva integral, es necesario considerarlo como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados; el material: se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido, el social: según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones, asociaciones, etc y el ideológico: se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida. Se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida”. (7)⁷

En este sentido se definen como Estilos de Vida Saludables “los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida”. Mejía. N, Serna. L, Sierra. T (1997) (8)⁸. Algunos de los estilos de vida saludables podrían tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.

⁷ Duncan, P (1986) Estilos de Vida. En Medicina en Salud Pública.

⁸ Mejía N, Serna L, SierraT(1997). Descripción de actitudes y prácticas en estilos de vida saludables en médicos y personal de enfermería. Metrosalud, 1997. Trabajo de grado para optar al título de especialista en Epidemiología, Universidad CES.

- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.

Los dos principales factores que intervienen en el estado de salud de las personas son las características genéticas y el estilo de vida. La actividad física, cuando se realiza de forma regular, se asocia a una vida más saludable y más larga. No obstante, la mayoría de las personas adultas no desarrollan una actividad física suficiente como para lograr beneficios sanitarios.

La autora asume el concepto de estilo de vida dado por Mejía. N, Serna. L, Sierra. T ya que abarca los elementos necesarios que propician una mejor calidad de vida, y además porque es el que más se adecua a nuestra investigación.

I.4.- Conceptualizaciones de actividad física y sus componentes.

En tal sentido, se considera conveniente establecer una diferenciación entre los conceptos de actividad física; ejercicio físico, deporte y condición física en relación con la salud. Son tomados, entre otros los criterios de los autores: (Ettinger y col., 1996; Pratt, 1996; Delgado y Tercedor, 1998; Casimiro, 1999 y 2000 y Tercedor, 2001) para arribar a las definiciones básicas siguientes:

Actividad física: Cualquier movimiento del cuerpo producido por los músculos esqueléticos y que tiene como resultado un gasto energético.

Considerando esta definición se puede apreciar que el concepto de actividad física es genérico y, por tanto, siempre que exista algún tipo de movimiento, por mínimo que éste sea, se está hablando de actividad física. El mismo incluye tanto a las actividades comunes de la vida diaria, desde las más leves como leer; mirar televisión, escribir etc., hasta las

más vigorosas (trabajos pesados), así como también, las actividades bien estructuradas y planificadas en forma de ejercicio y entrenamiento físico.

Ejercicio físico: Cualquier movimiento del cuerpo estructurado y repetitivo, que tiene por objetivo, una mejora o mantenimiento de la condición física.

Se puede apreciar que la diferencia esencial entre el ejercicio físico y la actividad física radica en la intencionalidad y la sistematización. Así, por ejemplo, ir al trabajo caminando o en bicicleta, no representa una intención de mejorar la condición física en la gran mayoría de los casos, por lo que debe ser considerado una actividad física y no un ejercicio físico. Sin embargo, caminar 30 minutos con cierta intensidad, busca presumiblemente el desarrollo de la condición física y, en este caso, evidentemente puede ser considerado un ejercicio físico.

Condición física o forma física: Consiste en un conjunto de atributos (estado funcional) que los individuos poseen u obtienen, y que están relacionados con la capacidad de desarrollar actividad física. El término condición física se deriva de la frase en inglés *physical fitness*, y viene a designar la vitalidad de la persona y su aptitud real para las acciones que emprende. La condición física puede tener por propósito lograr un alto rendimiento, como en el caso del deporte competitivo, necesitando para su desarrollo, cargas físicas muy vigorosas, generalmente al límite de las posibilidades, y lograr altos niveles en componentes tales como: velocidad; potencia, fuerza, resistencia a la fuerza, resistencia cardiovascular o aeróbica, agilidad, flexibilidad etc. Un propósito, bien diferente, resulta el de alcanzar una condición física saludable, esta puede y debe ser lograda con cargas físicas leves y moderadas, ajustadas a las posibilidades de cada individuo, según su edad y estado funcional actual. Otro aspecto a destacar es que, los componentes para una condición física saludable son también diferentes, y están bien definidos, su número resulta menor, solamente 5 componentes, ellos son: en primer lugar la capacidad aeróbica o de resistencia cardiovascular (considerada la más importante); fuerza muscular, resistencia muscular, flexibilidad y composición corporal, sus mediciones se realizan mediante la aplicación de test físicos y funcionales.

La condición física presenta un componente genético, pero indudablemente, también es susceptible de ser mejorada con más actividad física y con ello, alcanzar niveles superiores. El recurso que emplean las personas para mejorar la condición física es el movimiento intencionado, esta mejora se concreta por medio del ejercicio físico o el deporte, aunque es susceptible de mejorar con actividad física no intencional.

Resulta muy importante destacar que, tanto la actividad física, como el ejercicio físico y la práctica del deporte son conductas, a diferencia de la condición física o forma física que es una serie de atributos que las personas tienen o logran y que se relacionan sobre todo con el estado funcional que el organismo posee o adquiere.

I.5. -Antecedentes históricos de la actividad física para la salud.

La actividad física ha sido heredada al hombre desde el origen del mismo, puesta de manifiesto en actividades de su supervivencia (caza, pesca, agricultura.). Posteriormente, como describe Del Sol (2000), se inicia en las diversas civilizaciones antiguas el empleo de los ejercicios físicos en función de la salud continuando su desarrollo en épocas posteriores.

En la antigua China, grabados y documentos de los años 2000-3000 a.n.e. muestran el empleo de los ejercicios físicos con fines terapéuticos esencialmente en el tratamiento de enfermedades de los órganos respiratorios, circulatorios y de afecciones quirúrgicas (luxaciones, fracturas y desviaciones de la columna vertebral); en la India, los Vedas, libros sagrados indios (1800 años a.n.e.) describen la importancia de la enseñanza de los ejercicios físicos pasivos y activos, así como los ejercicios respiratorios en la terapia de diferentes enfermedades.

En la Antigua Grecia, los filósofos Platón y Aristóteles difundieron ampliamente la gimnasia con fines terapéuticos y profilácticos. También Hipócrates (460- 377 a.n.e), fundador de la medicina clínica, concedía gran importancia a la gimnasia como tratamiento terapéutico. Proclamaba, junto a Platón, las bondades del ejercicio físico señalando que los mismos proporcionan tantos y tan grandes bienes para pasar la vida con salud, que lo sitúan por encima de cualquier otro recurso. Hacia el siglo III a.ne. Erasistrato creó la expresión de

Higiene vinculada directamente a los ejercicios físicos y parte esencial de la propia gimnástica y de ahí que fueron tan significativas las relaciones de la gimnástica con la salud corporal.

En la edad media, en el período de dominación de la iglesia, la ciencia se encontraba en decadencia y se frenó considerablemente el desarrollo de la medicina, incluyendo la gimnasia terapéutica. Ya para finales de los siglos IX-X tuvo lugar cierto avance en la medicina gracias a los trabajos de científicos que se escribían en árabe. Entre ellos se encuentran el gran Avicena (980-1037 a.n.e.), que en su obra, El Canon de la medicina, reflejó todos los logros de la medicina árabe, iraní y del Asia Central. En uno de sus libros, Avicena, fundamentó teóricamente la importancia del empleo de los ejercicios físicos como parte de la salud en personas de cualquier edad, además describió una serie de ejercicios gimnásticos.

La época del renacimiento (siglos XV- XVII) fue un período que se caracterizó por el florecimiento de las ciencias y las artes; algunos de los trabajos más importantes de la época que hacen referencia al ejercicio físico por la medicina son: la gimnasia médica de Tissot y el arte de la gimnasia de Mercuriales. A principios del siglo XIX se conoció el sistema sueco de gimnasia médica, cuyo fundador fue Ling. Este sistema tuvo gran influencia en el desarrollo de la gimnasia médica en Europa.

En resumen se destaca que el empleo de la actividad física y los ejercicios físicos como elementos esenciales para la salud, tanto en el aspecto terapéutico como profiláctico, son milenarios y han estado contemplados en las civilizaciones más avanzadas a través de la historia de la humanidad.

En la actualidad la relación de actividad física y salud tiene un nuevo enfoque debido a que en los últimos tiempos los avances tecnológicos, la industrialización y los logros de la ciencia en todos los sectores, específicamente en la medicina, han traído aparejados de una forma acelerada dos circunstancias paradójicas para la salud, por una parte, de forma positiva, lograr en gran medida la erradicación de las enfermedades transmisibles que eran el flagelo de la humanidad y un incremento de la esperanza de vida, pero por otra han

disminuido la actividad física natural de los hombres convirtiéndose estos cada vez más en sedentarios con sus consecuencias negativas para la salud específicamente las enfermedades cardiovasculares, que hoy son la principal causa de mortalidad y morbilidad en todos los países del mundo (OPS,1999).

El papel que desempeñaba el ejercicio físico a principios de siglo XIX, era fundamentalmente terapéutico. Estaba ligado a problemas de higiene y condiciones de salubridad de una sociedad que empezaba a sufrir las consecuencias de la revolución industrial. Sin embargo, existe hoy día una gran diferencia entre la orientación terapéutica de principios de siglo y las demandas actuales, puesto que hoy el entorno socio cultural y las condiciones de vida parecen marcar la diferencia.

El incremento de las enfermedades modernas (especialmente las cardiovasculares), el apoyo científico y médico a la actividad física frecuente y continuada y el ambiente a favor de una medicina preventiva que reduzca los costos de la tradicional medicina curativa, convierten al ejercicio y la actividad física en elementos importantes de prevención. (Devis y Peiro, 1992) En el trabajo de Marcos Becerro (1994), “plantea que la preocupación sobre cuestiones de actividad física y salud no puede circunscribirse únicamente al ámbito angloamericano, pero hay que destacar la influencia que ejerce esa cultura a todos los niveles en el mundo actual” (9).⁹

Las conclusiones que se extraen de los estudios epidemiológicos más relevantes que se han publicado ponen de manifiesto la necesidad de investigar sobre nuevos métodos de cuantificar la actividad física. Pese a que hay evidencias de que el riesgo cardiovascular se asocia a niveles de actividad más bajos, es todavía una incógnita cual es el nivel requerido, por eso se necesitan estudios que determinen cual es el nivel de actividad física suficiente para obtener beneficios significativos sobre el sistema cardiovascular.

I.6.- Consideraciones sobre los conceptos de Comunidad.

La palabra comunidad ha adquirido determinadas connotaciones, pero sólo se limitará en este apartado a los significados más primordiales de la palabra comunidad. En un sentido

⁹ Marcos Becerro, J.F. (1994). Ejercicio físico, forma física y salud: Fuerza, resistencia y flexibilidad. Madrid. Ediciones Eurobook. S.L

básico, el concepto de comunidad significa “conjunto de poblaciones de diferentes especies que habitan en un área determinada y se encuentran en mutua interacción y dependencia” Jáuregui López, Inés (2008). La comunidad es "todas las formas de relación que se caracterizan por un elevado grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso moral, cohesión social y continuidad en el tiempo... puede encontrarse en... localidad, religión, nación, raza, profesión o (causa común). Su arquetipo... es la familia" (Lillo,N. y Roselló E., 2001 (10)).¹⁰

Por su parte Herrera declara que “Una comunidad es un grupo global con dos características principales: Lugar donde el individuo puede encontrar la mayor parte de las actividades y experiencias, que le son importantes. El grupo está unido, entre sí, por un sentido compartido de la posesión, así como un sentimiento de identidad” (Herrera, J 2007) (11).¹¹

Barbero, J. M. y Cortés, F. (2005): Para este autor la comunidad es un conjunto de personas que habitan el mismo territorio, con lazos e intereses comunes, compuesta por cuatro elementos: Territorio, población, demanda y recursos.

Otros autores declaran “La comunidad es una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función en común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interacción a más intensamente entre sí que en otro contexto”. (Caballero Rivacoba, María T., El Trabajo Comunitario: Una alternativa cubana al desarrollo social). (12).¹²

Se puede apreciar que la comunidad es un elemento esencial de desarrollo del ser humano teniendo en cuenta los aspectos sociales, políticos, económicos, culturales en grupos o colectivos de personas. Por lo que es importante diagnosticar, evaluar y solucionar los

¹⁰ Lillo, N. y Roselló E., (2001) “Manual para el Trabajo Social Comunitario”. Madrid: Narcea, S.A.

¹¹ Herrera, J (2007) Gerencia y Administración de servicios sociales. La Laguna. Fotocopia Drago.

¹² Caballero Rivacoba, María T., El Trabajo Comunitario: Una alternativa cubana al desarrollo social).

principales problemas que en ellas surjan, para contribuir a una mejor calidad de vida de las personas en el ámbito social y comunitario.

I.6.1.- Componentes estructurales de la comunidad.

En investigaciones realizadas por diferentes autores: como son Acebo Urrechú, A., (1992), Arias Héctor, (2004), Herrera (2007), Sánchez Vidal (2007), entre otros relaciona los componentes básicos que estructuran la comunidad, los cuales son importante a la hora de caracterizar el entorno donde se va a interactuar, o aplicar el estudio deseado:

I. Entorno natural.

Geografía y clima

II. Recursos (energía, agua, vegetación) parques

Entorno construido.

Edificios y otras estructuras (tipos y calidad).

Polución.

III. Características de la población.

Edad, sexo, estado matrimonial, densidad, salario, estado, salud, etc.

Ajuste persona-entorno.

Sentimiento de comunidad, redes sociales.

IV. Sistemas sociales.

Políticos: legislativos, ejecutivos, judiciales.

Económicos: empleo.

Medios de comunicación: periódicos, revistas, televisión, radio.

Centros educativos.

Transportes.

Atención médica.

Establecimientos penitenciarios y correccionales.

Instituciones religiosas.

Instituciones deportivas e Instituciones Culturales.

A continuación se presentan algunas propuestas de dimensiones e indicadores para caracterizar la comunidad, propuesta por diferentes autores citados por Fernández D, A (2001) que para nuestro entever son los más completos, debido a que plasma el indicador actividad física y recreación.

Tabla Nº 2.- Dimensiones e indicadores comunitarios.

| Dimensión | Indicadores |
|----------------------|---|
| Físico – Económicos: | <p><u>Físico-Geográficos:</u> Delimitación de la comunidad, extensión, accesibilidad, características propias de la zona, estructura geológica, relieve y suelos, arquitectura, formas de las viviendas. Formas posibles de utilización en clases.</p> <p><u>Ambientales:</u> Flora y Fauna, aprovechamiento de los recursos naturales, fuentes de contaminación, protección del medio ambiente, otros. Posibilidades reales de utilización de estos elementos en un programa educativo transformador.</p> <p><u>Económicos:</u> Tipo de actividad económica fundamental. Nivel alcanzado, Centros de producción y servicios, nivel económico en la comunidad, fuentes de trabajo. Posibilidades de interacción de los centros económicos con los centros docentes.</p> |
| Socio-políticos | <p><u>Demográficos:</u> Cantidad de población aproximada, distribución por edades y sexo. Personas de la 3era edad y madres solteras. Atención que se les brinda, migración, tasa de crecimiento poblacional, composición racial, entre otros datos.</p> <p><u>Sociales:</u> Estructura socio - clasista. Características étnicas. Problemas étnicos o sociales. Distribución ocupacional de los habitantes. (Diversidad de oficios y profesiones de los habitantes). Madres solteras, personas con atención por bienestar social. Comisión de Prevención. Funcionamiento real.</p> <p><u>Políticos:</u> Organizaciones (funcionamiento real), trabajo ideopolítico que desempeñan, características políticas (actitud revolucionaria), facilidad de movilización, otros elementos de interés. Posibilidades de interacción con los centros docentes de sus dirigentes y miembros.</p> <p><u>Educacionales:</u> Nivel educacional de la población. Centros docentes, otras instalaciones educativas. Función que desempeñan en la transformación educativa de la comunidad. Posibilidades de Interacción conjunta con el centro que emprende el programa. Otros elementos de interés.</p> <p><u>Salud:</u> Cuadro epidemiológico, enfermedades más frecuentes, higiene de la zona y vecinos. Centros de salud. Índice de mortalidad y</p> |

| | |
|----------------------|--|
| | natalidad. Formas de interacción con los centros docentes. Ancianos, impedidos físicos y motores: atención que se les brinda. |
| Socio-cultural | <p><u>Históricos – patrióticos:</u> Acontecimientos históricos ocurridos en la comunidad desde su origen hasta la actualidad, incluyendo hechos relevantes en la producción y la defensa. Mártires de la comunidad e internacionalistas. Incluye el Patrimonio local. Atención que se les brinda a los familiares de mártires e internacionalistas. Funcionamiento de la Asociación de combatientes. Posibilidades de interacción de esta organización y de los centros, como museos, que tienen información, con los centros docentes en función de la política educativa.</p> <p><u>Culturales:</u> Instalaciones en disposición de los comunitarios y medios de información. Funcionamiento real. Principales manifestaciones artísticas, fiestas populares, grupos de aficionados, tradiciones populares, entre otros. Formas en que se puede interactuar con los centros docentes.</p> <p><u>Deportivas y recreativas:</u> Empleo del tiempo libre, recursos existentes; disponibilidad, explotación real. Deportes que predominan. Práctica real. Posibilidades de interactuar las instalaciones y los centros docentes.</p> <p><u>Religión:</u> Religión que predomina. Sectas religiosas. Centros que existen. Población aproximada que la práctica. Práctica real. Otros elementos de interés.</p> <p><u>Instituciones.</u> Logros. Dificultades. Perspectivas.</p> |
| Elementos subjetivos | <p>Sentimiento de pertenencia en los vecinos hacia la comunidad y hacia el centro docente.</p> <p>Preocupaciones más recientes en cuanto a cualquier indicador de los anteriormente mencionados o con relación con el centro docente.</p> <p>Estilo de relaciones entre los sujetos de la comunidad entre sí y con los centros docentes.</p> <p>Grado de participación en la solución de problemas y efectividad de las mismas.</p> <p>Posibilidades de interactuar las personas de la comunidad con los alumnos y profesores. Determinación de las personas con las que se puede contar y ¿para qué? Promoción de acciones a partir de sus posibilidades. Acciones.</p> |

El funcionamiento y desarrollo de las comunidades, el rescate de la iniciativa y la búsqueda de solución a las dificultades más diversa en las localidades, barrios o pequeñas poblaciones, con la participación activa de los habitantes, es algo que hoy preocupa y ocupa a organismo e instituciones nacionales y de numerosos países. La búsqueda de

solución a los problemas con la participación social de la comunidad ha sido retomada con el transcurso de los años. Las acciones comunitarias, en función de promover la participación para solucionar problemas locales del país, se han incrementado y son objeto de estudio de numerosas instituciones y organizaciones, que proponen acciones comunitarias en la solución de los problemas de las comunidades. La realización de estudios comunitarios, con independencia de los objetivos concretos que se persigan, requiere partir de una fundamentación teórica adecuada de la categoría comunidad, como su definición, sus modelos, entre otras, lo cual permite hacer análisis más objetivos y más completo.

I.6.2.- La actividad física en la comunidad.

Las actividades físicas en la utilización de tiempo libre ha sido estudiada desde el punto de vista del impacto en la comunidad y en los distintos grupos de edades, las mismas son de necesidad para la calidad de vida del hombre tanto de la ciudad como del campo; sin dudas la actividad física beneficia al hombre desde muchos puntos de vista tales como salud, cognoscitivamente, motrizmente, mentalmente entre otras, lo que conlleva a satisfacer las necesidades de movimiento de la comunidad en sus distintos grupos de edades. Fernández (2001)

El trabajo comunitario es un sistema integral donde, a través de procesos socioeducativos, se unen todas las personas, que de hecho se convierten, además de protagonistas y beneficiarios, en investigadores, en un programa transformador en esa dimensión. Es decir, un proceso con incidencia multidisciplinaria y multifactorial, con una visión de futuro, a corto y a largo plazo, todos en interacción, con el propósito de garantizar una mejor calidad de vida. *Dra.C Argelia Fernández Díaz* (2001)

La recreación es un proceso particular de múltiples interrelaciones con las dimensiones del desarrollo humano. La misma no es una experiencia exclusiva, pero encuentra en ésta espacio privilegiado para su desenvolvimiento, dado su carácter vivencial, emocional y desinteresado. Además del trabajo pedagógico con diferentes campos de práctica social de la educación física como el deporte, la danza, el uso del tiempo y el espacio, en los cuales se vivencia y experimentan múltiples formas de actuar y de relacionarse en la comunidad.

I.7.- Fundamentos teóricos sobre el sedentarismo.

En 1992, la *American Heart Association* (AHA), basada en el gran número de evidencias científicas acumuladas en las últimas décadas realizó un comunicado oficial de gran importancia médica: “la vida sedentaria fue oficialmente ascendida a factor de riesgo mayor e independiente de enfermedad coronaria”. Esto significa que la vida sedentaria, por si sola, puede llevar al cierre arterial, a la arteriosclerosis y al infarto (Burnham, 1998).

Sin embargo, al realizar el análisis de una revisión bibliográfica, sobre el concepto de sedentarismo y sus clasificaciones relacionadas con los factores de riesgos de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares utilizada en sus investigaciones por los autores: (INDER, 1981; Álvarez Li, 1995; Palau, 1997; Machado Díaz, 1998; Rodríguez Domínguez, 1998), como se puede apreciar en la tabla 3. no hay una definición única y precisa, pues, aunque existe una generalizada coincidencia en relacionar el sedentarismo con la falta o insuficiente cantidad de actividad física, el concepto de sedentarismo es definido y, sobre todo clasificado de diferentes formas.

El concepto de sedentarismo es definido y, sobre todo clasificado de diferentes formas. Generalmente, basado en encuestas que determinan la actividad física y el ejercicio que realizan las personas, lo que puede resultar insuficiente, pues sólo informa sobre la conducta y no la condición física alcanzada que es un atributo como fue aclarado anteriormente.

Tabla Nº 3.- Diferentes conceptos de sedentarismo.

| Conceptos | Autores |
|--|---|
| 1.- Sedentario: Quieto, inactivo, con poco movimiento. | Alvero Francés, F. 1991. |
| 2.- Sedentarismo: Insuficiente cantidad de movimiento, la falta de carga funcional por la actividad física sistemática. | INDER Nacional. 1981. |
| 3.-Sedentario: Se considera sedentario al que realiza una actividad principal de actividad ligera y una actividad física adicional no útil. Actividad principal: La que realiza durante la jornada laboral. Actividad ligera: Permanecer el 75 % del tiempo o más | Rodríguez Domínguez L, Herrera Gómez V, Dorta Morejón E |

| | |
|---|---|
| <p>sentado o de pie.</p> <p>Actividad adicional no útil: Realizar actividad física con una frecuencia semanal inferior a 4 veces y con una duración menor de 30 minutos cada vez.</p> <p>Las actividades físicas adicionales se subdividen en el uso de la bicicleta y otras actividades físicas (ejercicios aeróbicos, practicar deportes etc.</p> | <p>Mayo/Jun. 14 (3): 243-91998.</p> |
| <p>4.- Sedentarismo: Se define como la no realización de actividad física durante menos de 15 minutos y menos de tres veces por semana durante el último trimestre.</p> | <p>Machado Díaz M. 1998</p> |
| <p>5-Sedentarismo: Se define como la no realización de actividad física durante el último mes. Se considera como ejercicio físico protector a la actividad física regular, preferentemente diaria , de ligera a moderada en cuanto a intensidad, por lo menos 30 minutos al día, durante la semana, o en su defecto, la acumulación de breves períodos de actividad física intermitente, pero que en total alcance la cantidad óptima referida.</p> | <p>Álvarez Li F, Espinosa Brito A, Álvarez Silva Aycaguer, L Marrero Pérez R. 1995.</p> |
| <p>6.- Sedentarismo: Se clasifican como sedentarios los que no realizan un sistema de ejercicios regular de 3 a 4 días a la semana</p> | <p>Palau A 1997</p> |

Del análisis de los conceptos de sedentarismo se concluye que:

- El concepto de sedentarismo es definido de diversas formas.
- Existe una generalizada coincidencia al relacionar el sedentarismo con la falta o insuficiente cantidad de actividad física.
- Nos llama la atención la definición dada por el INDER, al relacionar el sedentarismo con la carga funcional que representa la actividad física para el organismo, definición que asumimos.

Tabla N° 4.- Clasificación del sedentarismo.

| Clasificación del sedentarismo | Nivel/Carga que no se logra vencer |
|---------------------------------------|---|
| Sedentario severo | Primer(a) |
| Sedentario moderado | Segundo(a) |
| Activo | Tercer(a) |
| Muy activo | Pasó el tercer nivel |

El estilo de vida sedentario ha sido reconocido oficialmente, basado en las múltiples evidencias acumuladas, como un factor de riesgo mayor para las enfermedades cardiovasculares. Además el ejercicio puede ser beneficioso, descubriendo, previniendo y manejando el estado de la enfermedad prevaleciente como hiperlipidemia, hipertensión, obesidad, diabetes mellitus, desordenes afectivos, cáncer, osteoporosis y declinación de la fuerza muscular relacionado con la edad. (Buraham, 1998).

De los trabajos de Greenleaf, Browse, Vorgt y Stremel citados por Marcos Becerro (1994) se deduce que la inactividad física y especialmente el reposo prolongado en cama origina numerosas alteraciones en el organismo tales como: disminuciones del volumen plasmático, del flujo vascular, del número de hematíes circulantes, de las proteínas plasmáticas, de la glucosa, del calcio, del fósforo y del cloro, a la vez se reduce el aflujo de sangre a los músculos y produce la atrofia de los mismos. Como fácilmente se puede comprender, el único método efectivo en la lucha contra estas alteraciones, lo constituye la actividad física.

Se considera importante señalar como se ha explicado anteriormente que algunos autores no establecen diferencias y utilizan indistintamente los términos de actividad física, ejercicio físico y forma física. Sin embargo, ha quedado demostrado que existen diferencias entre cada uno de ellos. Por tanto, coincidimos con Marcos Becerro (1994) y muchos otros autores en la necesidad de precisar cuando se emplean algunos de ellos con cualquier propósito, definirlo, señalar el fin lúdico, rehabilitador, preventivo al que se destina, y definir claramente la intensidad, la duración, la frecuencia, los grupos musculares, ya que de ello dependerá lograr los resultados propuestos.

La inactividad física, la erradicación del sedentarismo y propiciar la actividad física como estilo de vida está contemplada como uno de los objetivos fundamentales de los sistemas de salud en todo el mundo, lo cual se justifica plenamente por los múltiples beneficios que ella reporta, actuando sobre todos los demás factores de riesgos, pero además por ser el factor más prevalente de todos. Múltiples son los estudios sobre los beneficios de la actividad física, sobre todo la que resulte saludable, pero sin lugar a dudas aún persisten

muchos problemas a la hora de determinar cuál es verdaderamente la actividad física que resulte beneficiosa para la salud y las formas de clasificar a las personas como sedentarias.

I.8.- Características de la edad adulta.

El presente trabajo de investigación relaciona la actividad física con la salud y bienestar de las personas y está dirigido específicamente a la edad adulta; de ahí la importancia de analizar las clasificaciones y características que se presentan alrededor de este rango de edad y que son de vital importancia considerar para lograr una orientación correcta de la actividad física en función de la salud. En tal sentido se expone los criterios de algunos autores:

Povov (1990) plantea que “los gerontólogos han aprobado una clasificación de las edades que contempla los rangos 45-59 años, como edad media; 60 a 74 edad madura y más de 75 años, como edad vieja. Del mismo modo señala que esta división es convencional ya que los procesos y tiempos de envejecimiento son diferentes en las distintas personas”.
(13)¹³

Tal como expuso Navarro Valdivieso (1999) considera como población adulta el rango de 20 a 64 años y señala que a partir de los 20 a 25 años comienza una pérdida progresiva de capacidades físicas, aunque puntualiza que la actividad física regular y sistemática puede detener este proceso degenerativo, existiendo hoy en día, un consenso general acerca de que la práctica del ejercicio físico es fundamental para la consecución de niveles plenos de salud por sus efectos preventivos, terapéuticos y rehabilitadores, y, además, también parece clara la evidencia científica de los efectos perjudiciales para la salud a la que conduce la falta de ejercicio físico, comprobándose que existe una asociación entre inactividad física y la aparición de diversas enfermedades, sobresaliendo por su importancia: las coronariopatías, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la

¹³ Popov SN (1990). La cultura física terapéutica. Editorial Pueblo y Educación. La Habana.

osteoporosis, sin olvidar el aumento de la prevalencia de la obesidad en la población en íntima relación con el estilo de vida sedentario.

Rodríguez (1995) presenta una clasificación por rangos de edades con sus características fisiológicas, médicas y Psico-sociales así como los objetivos prioritarios de actividad física en cada uno de ellos, se considera importantes exponerlas todas - desde la infancia hasta la edad adulta- para poder establecer con más claridad sus diferencias y particularidades.

I.8.1.- Características y objetivos prioritarios de actividad física en la edad adulta.

En la edad adulta la actividad física posee diferentes características que la hacen diferente del resto de las actividades físicas que realizan otros grupos etéreos, así aparecen las siguientes, tomados de Rodríguez (1995):

- Comienza una pérdida progresiva de las capacidades físicas (la actividad física puede frenar dicho proceso).
- La actividad física tiene efectos preventivos y terapéuticos, especialmente relevantes sobre las enfermedades cardiovasculares, metabólicas y osteoarticulares.
- Efectos importantes en el embarazo, la recuperación post-parto y la prevención y tratamiento de los trastornos relacionados con la menopausia.
- Gran influencia de los hábitos paternos sobre la adquisición del estilo de vida de los hijos.
- Etapa ideal para el deporte recreativo.
- Etapa crucial para el mantenimiento de un estilo de vida físicamente activo.
- El ejercicio físico regular favorece el abandono de los hábitos tóxicos.

Objetivos prioritarios.

- Prevenir y tratar enfermedades cardiovasculares y metabólicas.
- Prevenir enfermedades degenerativas del aparato locomotor – osteoporosis y artrosis.
- Mantener un nivel adecuado de la capacidad cardiorespiratoria y muscular.

I.8.2.- Prescripción de la actividad física en edad adulta.

Existe consenso general sobre que todas las personas deben incrementar el nivel de actividad física para su salud y bienestar. Sin embargo, puede implicar, a su vez, riesgos inclusive mayores que los beneficios, si no se realiza adecuadamente. Es por ello que no sólo se trata de que las personas incorporen a su estilo de vida la actividad física, sino, que lo hagan sobre la base de una adecuada prescripción.

Resulta conveniente realizar una revisión sobre los criterios de diferentes autores con relación a la prescripción de la actividad física para la salud:

Según Serra y col (1996) la prescripción del ejercicio es el proceso por el cual a una persona se le recomienda un régimen de actividad física, diseñado de manera sistemática e individualizada. La prescripción del ejercicio debería tener en cuenta el tipo, intensidad, duración, frecuencia y progresión del ejercicio físico. La prescripción del ejercicio apropiada para cualquier individuo se determina mejor desde una evaluación objetiva de su nivel de *fitness*, incluyendo observaciones de frecuencia cardíaca, ECG, tensión arterial y capacidad funcional durante una prueba de esfuerzo. En cualquier caso, la prescripción del ejercicio debería desarrollarse considerando la historia personal, el perfil de factores de riesgo, las características comportamentales y las preferencias y objetivos personales. El objetivo fundamental de la prescripción del ejercicio es ayudar a incrementar su nivel de actividad física habitual y los objetivos específicos de la prescripción del ejercicio varían en función de:

- a) Los intereses individuales,
- b) Necesidades.
- c) Disponibilidad horaria.
- d) Estado de salud.
- e) Nivel de condición física actual.

Pratt (1996) señala lo conveniente de que profesionales de la salud y de la actividad física, asesoren a las personas para que adopten y mantengan un estilo de vida activo. La prescripción del ejercicio deberá tener en cuenta la edad del individuo, la salud, el nivel de actividad actual y la disposición para iniciar un cambio de comportamiento. Las investigaciones sobre la suspensión del tabaquismo y el inicio de la actividad física, han demostrado que las personas progresan por un continuo de conducta, que va desde la

precontemplación y la contemplación en el proceso de cambio, para iniciar y finalmente mantener la nueva conducta. Los médicos y profesionales de la actividad física tienen más éxito para lograr que las personas se inicien en un programa de actividad física para su salud, cuando se basan en el nivel de actividad física actual que poseen las mismas y la etapa de comportamiento en la cual se encuentran.

En relación con las características de la actividad física que conviene prescribir, plantea que se recomienda 20 o más minutos de actividad aeróbica de forma continua, tres o cinco veces por semana, a una intensidad de moderada vigorosa (60% o menos de la frecuencia cardíaca máxima o 50 % de la capacidad aeróbica).

La revaloración de los datos epidemiológicos y clínicos sobre los aspectos de la actividad física relacionados con la salud revela que muchos de los beneficios atribuibles a la actividad física guardan relación con la cantidad total que se lleva a cabo de ésta, aún cuando sea discontinua y únicamente a intensidad moderada. Las actividades moderadas como las caminatas a paso acelerado, la jardinería y subir escaleras diariamente, pueden tener impactos importantes en la salud. Los profesionales de la salud pueden optar por indicar la actividad física utilizando la prescripción del ejercicio común o las nuevas recomendaciones citadas en la tabla 4. La cual proporciona beneficios significativos para la salud.

Tabla Nº 5.- Prescripción del ejercicio (Tomado de Pratt, M (1996)

Tipo de actividad física.

- Continua e intermitente.
- Principalmente aeróbica.
- Estiramiento para adquirir flexibilidad.
- Ejercicio contra resistencia para adquirir fuerza.

Intensidad.

- Leve (<40% en relación con la capacidad)
- Moderada (40-70 % en relación con la capacidad "marcha rápida")
- Vigorosa (>70 % en relación con la capacidad).

Duración.

- 20 a 60 min. /día.
- 200-300 Kcal/día.

Frecuencia.

- Diaria para la actividad moderada intermitente.
- Tres o más veces por semana para la actividad vigorosa continua

Sesión

- Para ejercicio planeado: Calentamiento, 3-5 min.
- Acondicionamiento 15-40 min.
- Enfriamiento, 2-5 min.
- Para actividad como estilo de vida: incorporar la actividad en la rutina diaria.

Los lapsos de actividad deberán ser de por lo menos 7 a 10 min. de duración y de una intensidad similar a la marcha rápida.

Progresión.

- Incremento gradual en duración, intensidad y frecuencia.
- Valorar el progreso en cada consulta.

La mayoría de las personas saben que deberían ser más activas. El profesional relacionado con la salud puede estimular a la población para que incorporen a su estilo de vida la práctica de la actividad física con regularidad, reforzando la importancia de la misma para su salud y ayudando a que los interesados adquieran habilidades y la confianza en sí mismos que se requieren para ser activos. La mejor manera de prescribir un programa de ejercicio físico para cualquier individuo es en base a la evaluación de la condición física, incluidos los registros de frecuencia cardíaca, electrocardiograma, presión arterial y capacidad funcional, obtenidos en una prueba de esfuerzo. No obstante, esta última no siempre es indispensable antes de empezar un programa de ejercicios. En cualquier caso, la prescripción debe realizarse teniendo en consideración la historia médica individual, el perfil de factores de riesgo, las características individuales y los objetivos y preferencias personales.

El objetivo fundamental de la prescripción de ejercicio es ayudar a las personas a incrementar su nivel de actividad física habitual. Los objetivos específicos varían en función de los intereses de la persona, sus necesidades, entorno y estado de salud.

En la mayoría de los casos se prescribe ejercicio para:

- 1) Mejorar la condición física.
- 2) Mejorar la salud reduciendo el riesgo futuro de desarrollar o volver a padecer ciertas enfermedades.
- 3) Mejorar la seguridad al hacer ejercicio.

Para una persona sedentaria, la adopción de un estilo de vida moderadamente activo puede significar beneficios importantes para la salud y resultar mucho más realista para en un futuro llegar a altos niveles de actividad y condición física.

Conclusiones parciales del primer capítulo:

- El sedentarismo es una actividad que depende de muchos factores asociados a este proceso, dándose de manera muy particular en cada individuo, para los cuales es necesario tener en cuenta los cambios físicos, biológicos – psicológicos y sociológicos que se suceden en el organismo de la persona.
- El proceso en estas personas ha de verse con un enfoque integral en el cual se hace inminente la actividad física, conservando, restableciendo y desarrollando las capacidades de la persona para ejercer las actividades de la vida diaria (AVD).
- La realización de ejercicios físicos en estas personas resulta de gran importancia por los beneficios que le reportan para el mejoramiento de la calidad de vida.

CAPÍTULO II: PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS INVESTIGATIVOS.

En el capítulo II se aborda el proceder metodológico desarrollado en el trabajo, aparecen los métodos e instrumentos utilizados con la muestra objeto de investigación, y se expone el análisis de los resultados obtenidos en el diagnóstico de la investigación. Además, se propone mostrar, el desempeño de las tareas científicas relacionadas con el diagnóstico del estado actual de la problemática en cuestión.

II.1.- Tipo de Estudio.

La investigación se enmarca dentro de un estudio de tipo correlacional. Dentro de los diseños experimentales, se optó por las características particulares del estudio, por un diseño pre experimental pretest- posttest para un solo grupo, midiendo la variable

sedentarismo antes y después de la manipulación del plan de actividades físicos-recreativas, para posteriormente computar la magnitud del cambio.

II.2.- Características de la circunscripción 7 del consejo popular villa 2 del municipio Consolación del Sur.

El consejo popular Villa 2 está ubicado al oeste de la cabecera municipal, limitando al norte con el consejo popular Arroyo de Agua, al sur con la CPA Cayo Largo, al este con el consejo popular Villa I, por el oeste con el consejo popular Pueblo Nuevo, tiene una extensión territorial de 25 Km. y una población de 7758 habitantes. También cuenta con 3079 federadas que forman parte de 9 bloques de la FMC con 96 delegaciones anexadas a 12 circunscripciones de 16 zonas con 98 CDR.

Dentro de las 12 circunscripciones de la zona se encuentra la # 7 motivo de nuestra investigación, la misma presenta las siguientes características.

7 cuenta propista.

4 centros para la elevación y distribución de alimentos.

2 centros educacionales.

1 parque infantil.

1 unidades de empresa de tabaco.

Además consta con:

- Un delegado del consejo popular.
- 916 Habitantes
- 327 Viviendas
- 12 CDR
- 5 delegaciones de la FMC.

También se utilizaron como muestra para el diseño de la propuesta de solución 10 personas; dentro de estos dos directivos (2), personal de salud (3) y de Cultura Física (5) los que fueron entrevistados. (Ver anexo 3)

Se encuestaron para el proceso de validación 10 especialistas, de ellos:

- Especialista: 1
- Licenciados: 2

- Máster en educación: 4
- Máster en la actividad física en la comunidad: 3
- El 100% tiene categoría docente de ellos 1 titulares, 1 auxiliares, 3 asistentes, 5 instructores.

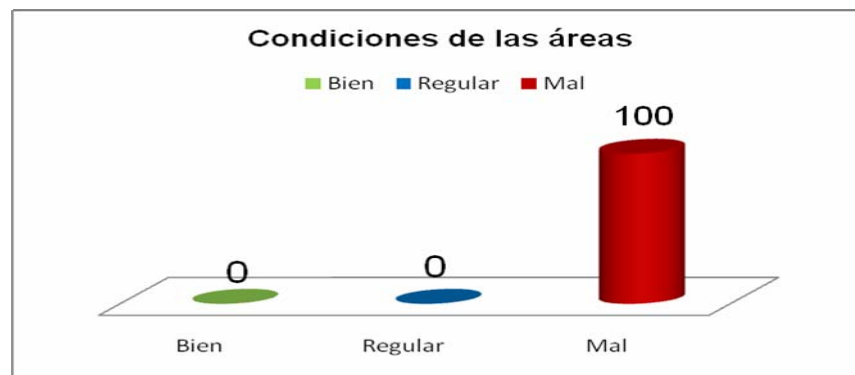
II.3.- Análisis de los resultados de los instrumentos aplicados.

Al aplicar los diferentes métodos de investigación se alcanzó los siguientes resultados, los cuales se mostrarán en el transcurso del análisis de los mismos:

Resultados de la observación:

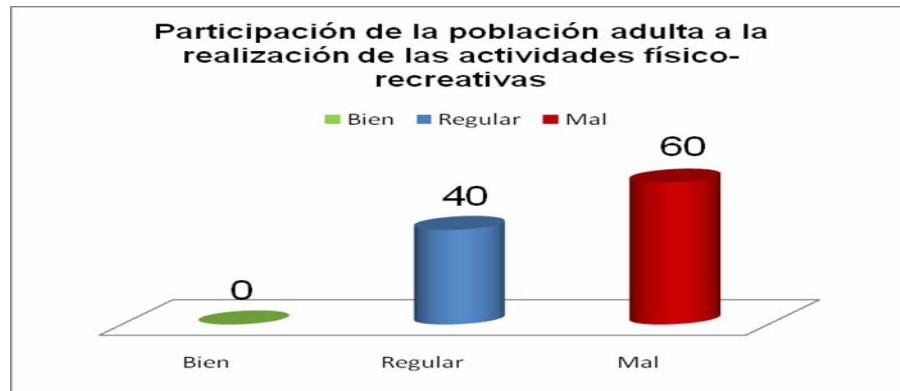
En el indicador número uno de la observación que abordaba sobre las condiciones en las que se encuentran las áreas visitadas para la realización de los actividades físico-recreativas que contribuya a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años, 10 de las observaciones son evaluada de mal ya que se encuentran en mal estado por el deterioro de los materiales.

Anexo N° 1: gráfico 1- Condiciones de las áreas.



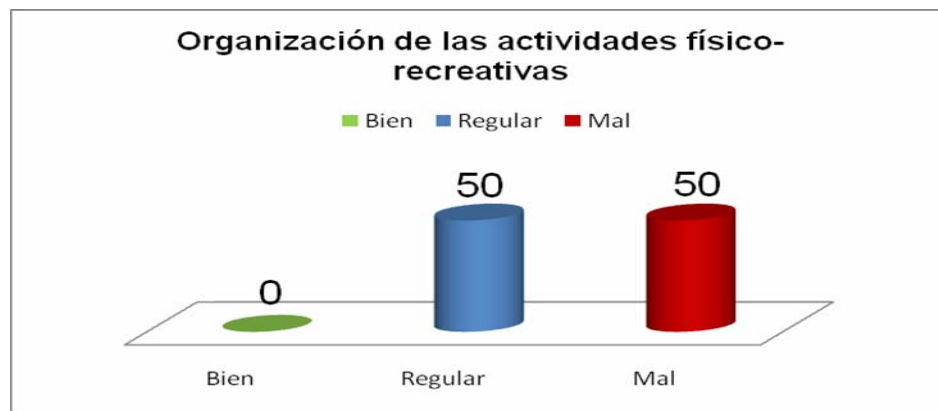
En el indicador número dos se refiere a la participación de la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur a la realización de las actividades físico-recreativas, se puede apreciar que 6 observaciones están evaluadas de mal para un 60% ya que no se motivan, y 4 evaluadas de regular para el 40%.

Anexo N° 1: gráfico 2- Participación de la población adulta a la realización de las actividades físico-recreativas.



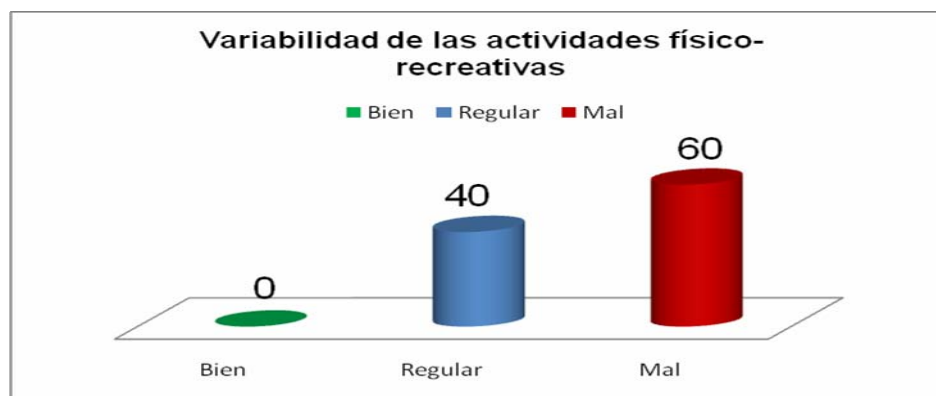
En el indicador número tres que aborda sobre la organización de las actividades físico-recreativas programadas para la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur, se aprecia que 5 observaciones fueron evaluadas de mal para el 50% y 5 de regular para el mismo %, debido a que dichas actividades no están estructuradas metodológicamente como lo requieren estas personas, y la autopreparación de los profesores así como la preparación de la materia.

Anexo N° 2: gráfico 3- Organización de las actividades físico- recreativas.



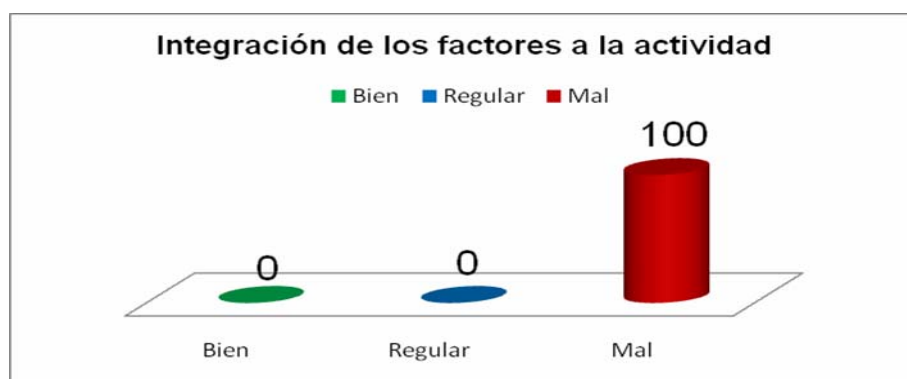
Si se analizan las respuestas y los resultados de las observaciones anteriores nos damos cuenta que en el indicador número cuatro sobre la variabilidad de las actividades físico-recreativas programadas para la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur, de las 10 observaciones 6 fueron evaluada de mal y 4 de regular representando el 60 y 40 % respectivamente.

Anexo N° 1: gráfico 4- Variabilidad de las actividades físico-recreativas.



Se analizó el indicador número cinco sobre la integración de los factores a la actividad, se realizaron 10 observaciones evaluadas de mal para arrojar el 100 % de la poca integración de estos, combinado deportivo, comunidad y personal de salud lo que hace que los profesores que trabajan con estos pacientes pierdan la motivación y el entusiasmo y se despreocupen por la planificación con la calidad para lograr los resultados óptimos.

Anexo N° 1: gráfico 5- Integración de los factores a la actividad.



Como conclusiones del comportamiento de los indicadores de dicho instrumento se constata que los más afectados son 1, 2, 4, 5 los cuales están evaluados de mal y el 3 evaluado de regular, lo que significa el trabajo que se necesita realizar para poner en práctica este programa.

Resultados de la encuesta:

En el estudio exploratorio de la investigación se les aplicó la encuesta (anexo 2) a las personas adultas con sedentarismos comprendidas entre 40 y 50 años pertenecientes a la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur. Esto permitió obtener una panorámica general del estado del fenómeno objeto de estudio con vista a conocer sus opiniones acerca de la importancia de las actividades físico-recreativas para la disminución de los niveles de sedentarismo, su estilo de vida.

En el primer indicador referente al conocimiento que tienen las personas que conforman la muestra sobre el sedentarismo, se arrojó como resultados que de las 76 personas encuestadas el 100% afirmaron que no tienen total conocimiento sobre la pregunta en cuestión .

El indicador número dos de la encuesta realizada que se refiere a si se ejecuta en la circunscripción actividades para evitar el sedentarismo en los pobladores, de un total de 76 encuestados el 100% respondieron que no, esto reafirma la importancia de nuestra investigación.

En el indicador número tres investigamos sobre las diferentes patologías asociadas al sedentarismo. Los resultados arrojaron lo siguiente:

10 personas alegan ser hipertensas para un 13,1%; 6 es diabética para un 7,8%; 5 hiperlipidemia para un 6,5%, 15 obesidad para el 19,7% y 10 padecen de otra enfermedad para un 13,1 % y 30 no padecen de ninguna enfermedad para el 39,5%. .

En el indicador cuatro se investiga sobre la importante que el ejercicio físico puede ayudarle a disminuir los niveles de sedentarismo, el 50% plantean que si y el otro 50% respondieron negativamente.

En el indicador número cinco respecto a si realizan ejercicios físicos aeróbicos, como caminar o correr, la mayoría de los encuestados creían que en la vida cotidiana incluían esos ejercicios, desconociendo que estos deben ser programados, coordinados y planificados por lo que 30 de ellas respondieron afirmativamente para el 39,5% y el resto que nunca lo realizan para el 60,5%.

Los resultados del indicador número seis demuestra que el 100% tiene interés para participar en un plan de actividades físico- recreativas para disminuir los niveles de sedentarismo.

Como conclusiones de la encuesta realizada podemos constatar que los indicadores más afectados son el 4 y 5, esto demuestra que no sabían que los ejercicios físicos disminuían los niveles de sedentarismo y la inactividad física.

Tabla Nº 6.- Encuesta realizada a la muestra de nuestra investigación.

| Muestra | Indicadores | Evaluación |
|----------------|--|----------------------|
| 76 | Conocimiento de sedentarismo | 76-100% |
| | Se ejecutan actividades para evitar el sedentarismo en la circunscripción | 76-100% |
| | Enfermedades que padecen | SI:60.5% NO:39.5% |
| | Importante que el ejercicio físico puede ayudarle a disminuir los niveles de sedentarismo. | 36-50% |
| | Realizan ejercicio físico (caminar o correr). | SI: 39.5 NO:60.5% |
| | Interés participar en el plan | 100% |

Resultados de la entrevista a directivos, personal de salud y de Cultura Física.

Como parte del diseño de la propuesta de solución a los problemas anteriormente expuesto, se aplicó una entrevista (Anexo 3) a directivos, personal de salud y especialistas de la Cultura Física, ofreciendo estos los siguientes criterios: Los directivos del gobierno que atienden deporte y salud reconocen los estilos de vida desfavorables que existe en la comunidad, planteando que a pesar del esfuerzo que se realiza es necesario crear nuevas estrategias para darle solución a los problemas detectados. El personal de salud que laboran en las comunidades, afirman que existe un predominio de los estilos de vida sedentarios en la mayor parte de la población principalmente en la población adulta, por lo que es importante diseñar un plan de actividades físico-recreativas que disminuyan los niveles de sedentarismo. Los especialistas de la Cultura Física refirieron que la aplicación de un plan de ejercicios físicos con una frecuencia entre 3 y 5 veces por semana puede disminuir los estilos de vida sedentarios que existen en la población y proponen además aplicarlo en lugares al aire libre con una duración asequible para los adultos entre 30 y 60

minutos. Sugieren trabajar las capacidades de resistencia aerobia, fuerza muscular y flexibilidad.

Todos los entrevistados expresan unánimemente la necesidad de diseñar un plan de actividades físico-recreativas destinado a disminuir los estilos de vida sedentarios en los adultos de la comunidad, exponiendo que existen las condiciones reales para su aplicación.

Tabla Nº 7.- Opiniones de directivos, personal de salud y de Cultura Física.

| Opiniones | Cantidad | % |
|---|----------|-----|
| Necesidad de un plan de ejercicios para disminuir el nivel de sedentarismo. | 10 | 100 |
| Condiciones favorables para la aplicación de un plan de ejercicios físicos | 10 | 100 |
| Predominio de estilo de vida sedentario en la edad adulta | 9 | 90 |
| Frecuencia recomendable de aplicación entre 3 y 5 veces por semana | 5 | 50 |
| Aplicar en lugares al aire libre | 9 | 90 |
| Duración del ejercicio asequible (30 y 60 min) | 8 | 80 |
| Capacidades físicas fundamentales a trabajar: resistencia aerobia, fuerza muscular, flexibilidad. | 5 | 50 |

Resultados del test de sedentarismo durante el diagnóstico inicial.

La tabla 8 muestra el nivel de sedentarismo por sexo, pudiendo evaluar que del total de adultos del sexo masculino, son sedentarios severos 22, que representa el 61%, de la población. Al igual en el sexo femenino 29 son clasificadas como sedentarias severas que representa el 72%. Por lo que se observa una mayor proporción en los clasificados como sedentarios severos, predominando en el sexo femenino. Esto pudiera estar ocasionado a que la mayoría de las mujeres realizan actividades del hogar clasificadas como leves, a diferencia del sexo masculino que predominan en ellos actividades físicas moderadas e intensas. (Anexo 4. Test para clasificar el sedentarismo. Pérez, Roja, García)

Tabla Nº 8.- Niveles de sedentarismo de la población por sexo en el diagnóstico inicial.

| | Masculino | Femenino | Total |
|--|-----------|----------|-------|
|--|-----------|----------|-------|

| Niveles | # | % | # | % | # | % |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Sedentario severo | 22 | 61 | 29 | 72 | 51 | 67 |
| Sedentario moderado | 14 | 38 | 11 | 19 | 25 | 33 |
| Activo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Muy Activo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 36 | 47 | 40 | 52 | 76 | 100 |

En investigaciones realizadas por la organización panamericana de la salud demostró que durante la infancia y adolescencia la mayoría de las personas mantiene un nivel de actividad física más que suficiente a través del juego y de diferentes actividades deportivas. Las oportunidades y la motivación para realizar ejercicios físicos se reducen a medida que se va cumpliendo años, dando como resultados un aumento de los estilos de vida sedentarios (OPS, 1999). Otros autores han planteado resultados similares a los de este estudio, donde han encontrado que la prevalencia del sedentarismo aumenta significativamente con la edad, incluso en ambos sexos. Para Blair este aumento relativo con la edad fue mayor en el hombre, así como los grupos de edades comprendidas entre 17 a 24 años y de 45 a 64 años en mujeres donde resultó ser las de mayor prevalencia del sedentarismo.(Blair 2001).

No obstante, a pesar que el sedentarismo aumenta con la edad, investigadores escoceses han planteado que el estilo de vida sedentario comienza ya a temprana edad e incluso resulta evidente en niños de tres años, es por ello que el profesor universitario John Reilly en Burnham afirmó que "se necesitan con urgencia intervenciones de salud pública que incluyan estrategias populares que aumenten la actividad física y reduzcan la conducta sedentaria en los primeros años de la vida". (Burnham, J.M. 1998)

Conclusiones parciales del Capítulo II.

Los instrumentos aplicados destacan la prevalencia del sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 en el municipio Consolación del Sur. Lo que corrobora la necesidad de implementar un plan de actividades físico-recreativas que contribuyan a bajar los niveles de sedentarismo.

CAPÍTULO III. Plan de actividades físico–recreativas que contribuya a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur.

En este capítulo se expone la fundamentación del plan de actividades físico-recreativas para la población adulta entre 40 y 50 años perteneciente a la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur. A partir de las etapas que consta la misma, sus cinco componentes: principios en los que se sustenta, objetivos generales y específicos, contenido, evaluación de los resultados de la valoración del plan.

III.1.- Fundamentación del plan de actividades físico-recreativas para la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años.

Consideramos como plan: a la organización y estructuración que se hace de las actividades físicas propuestas en cada etapa con sus orientaciones metodológicas para cada ejercicio con la finalidad de mejorar o mantener la forma física y la salud. (Pérez, A (2003)).

Confeccionar un plan de actividades físico-recreativas para la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años, y se supone tener en cuenta las condiciones concretas que permiten su seguimiento y perfeccionamiento.

En tal sentido se plantea que un plan de actividades físico-recreativas es un proyecto ordenado de actividades y debe reunir las siguientes características:

Flexible: Su aplicación puede ser variada en correspondencia con las características de la población adulta, además puede ser aplicado a otras comunidades, teniendo en cuenta las características de la población adulta y de las familias, así como las condiciones de los locales donde se aplicará.

Intercambio cognoscitivo grupal: Permite en un primer momento la relación entre las personas adultas que conforman la muestra de esta investigación, en un segundo momento que reciban charlas educativas; permitiendo transmitir los conocimientos adquiridos sobre la importancia de realizar actividades físico-recreativas para prevenir el sedentarismo.

Orientadora: Permitirá a través de las observaciones guiar a las personas para que no vuelvan a incurrir en los mismos estilos de vidas que lo conllevaron a tener una vida sedentaria.

Desarrollador: A medida que se vaya logrando la sistematización de los ejercicios físicos, deberá mejorar su estado de salud y el fortalecimiento de la musculatura.

Global. Incluye ejercicios para mejorar todos los sistemas y capacidades físicas; sistema cardiovascular, resistencia, fuerza, flexibilidad, control postural, coordinación, etcétera.

Progresivo. Incluye diferentes niveles de dificultad e intensidad y conduce al practicante de un nivel a otro de manera progresiva.

Variado. Un programa de ejercicios físicos variado es el que incluye diferentes tipos de actividades: ejercicios individuales, juegos, actividades en grupo y deportes, etc. La variedad también hace referencia a las intensidades de trabajo, pudiendo combinar ejercicios muy intensos con otros de intensidad media o incluso de relajación.

Motivante. La motivación se consigue marcando objetivos reales que la persona puede ir alcanzando, y a través de una labor educativa que enseñe al participante los beneficios que aporta el ejercicio físico.

Seguro. Un programa seguro es aquel que se ajusta a las características particulares del practicante y tiene en cuenta sus capacidades y limitaciones. Se trata, por lo tanto, de un programa personalizado. Además, para que un programa de este tipo sea seguro debe estar bajo la supervisión y el control de un profesional responsable.

Divertido. El ser humano tiende, por norma general, a repetir aquello que le produce satisfacción. Un plan de ejercicios físicos que considere este factor, genera un alto grado de implicación por parte de sus practicantes.

De singular importancia es la valoración de las situaciones concretas de la circunscripción con que se trabaja, que una vez diagnosticado se procede a la caracterización del mismo, para poder adecuar el accionar a seguir a partir de las condiciones específicas del lugar.

Plan de actividades físico-recreativas posee los siguientes componentes:

- ◆ Principios filosóficos, psicológicos, pedagógicos y sociológicos y deportivos.
- ◆ Objetivos: Generales y específicos por etapas.

- ♦ Contenido: Plan de actividades físico-recreativas.
- ♦ Evaluación: Valoración sistemática del proceso, auto evaluación y control.
- ♦ Orientaciones metodológicas.

III.2.- Principios que sustentan el plan de actividades físico-recreativas.

- 1. Principios Filosóficos:** Un primer momento de aproximación a los fundamentos generales del objeto en la presente investigación revela a la filosofía dialéctico-materialista como su base teórica y metodológica.

La filosofía dialéctico-materialista exige ***que los fenómenos no se interpreten, estudien y analicen unilateralmente, si no objetivamente, de forma íntegra y multilateral.*** Este principio indica que en el estudio del objeto de esta investigación es necesario tener en cuenta las necesidades, las aspiraciones de la muestra objeto de estudio, así como las particularidades individuales de cada una de las agencias con que se interactúa, para el logro de este objetivo y como el accionar Combinado Deportivo, la familia y la comunidad y el personal de salud, para lograr los efectos deseados constituye parte del proceso cultura física, que se desarrolla en nuestro país, debe estar fundamentado e interpretado a la luz de los principios de la filosofía dialéctico-materialista, los cuales adquieren su forma específica en este campo.

El principio de la concatenación universal de los fenómenos: Requiere el enfoque sistémico para lograr los resultados más objetivos en el estudio del objeto.

La consideración de este principio requiere realizar el estudio del objeto en el decursar de su historia, en su surgimiento y evolución, a partir de lo cual se proyectan las acciones concretas a realizar para la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años.

El principio del Historicismo: Implica examinar el fenómeno estudiado en su desarrollo. En relación con ello, Lenin, V.I. señaló: “Lo más seguro en cuestiones de ciencias sociales es (...) no olvidar la conexión histórica básica, examinar cada cuestión desde el punto de vista de cómo surgió el fenómeno en la historia, de cuáles son las etapas del desarrollo por las cuales el fenómeno ha pasado y, desde esta perspectiva de su desarrollo, examinar qué ha devenido en la actualidad dicha cosa”. (Tomado de C.A. del MINED, 1984; 68).

La consideración de este principio requiere realizar el estudio del objeto en el decursar de su historia, en su surgimiento y evolución, a partir de lo cual se proyectan las acciones concretas a realizar para garantizar la continuidad en su desarrollo.

2. Principios Psicológicos: Dentro de los principios psicológicos de mayor incidencia se encuentran:

El principio de la comunicación y la actividad: Teniendo en cuenta los fundamentos teóricos de este trabajo, es imprescindible precisar que este como uno de los principios fundamentales para el logro del objetivo del plan de actividades físico-recreativas.

La personalidad posee un carácter activo, ella se forma y desarrolla en la actividad, proceso en el que se produce una transformación mutua objeto-sujeto, sujeto-objeto, mediante la comunicación.

Así, entre todos los actores que participan en la realización de las acciones para materializar el conjunto de ejercicios para disminuir para la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años se debe lograr un clima favorable de comprensión y entendimiento, sobre la base de objetivos comunes a alcanzar y con una orientación adecuada por parte del docente, de manera esencial.

El principio de la relación de lo afectivo y lo cognitivo: este tiene una especial significación por cuanto a partir de él se desarrollan las formaciones psicológicas más complejas de la personalidad que regulan de forma consciente y activa su comportamiento, ya sea en función predominantemente inductora (es a la que pertenecen los fenómenos psíquicos que impulsan, dirigen y orientan la actuación del hombre: necesidades, motivos, intereses, emociones, sentimientos) o en función predominantemente ejecutora: (a la que pertenecen los fenómenos psíquicos que posibilitan las condiciones en que transcurre la actuación del hombre: sensaciones, percepciones, pensamiento, hábitos, habilidades).

El nivel de desarrollo que alcance esta relación constituye una particularidad que distingue a la personalidad como el producto más acabado de la psiquis del hombre.

Es un principio teórico metodológico fundamental que evidencia a la personalidad como sujeto activo que se autodetermina y posee una relativa autonomía en su medio, lo cual debe

ser tomado muy en cuenta por los profesores, padres y miembros de la comunidad en esta estrategia, por cuanto en la medida en que ellos sean capaces, a partir de su preparación, del conocimiento de sus necesidades y posibilidades de motivarlos, orientarlos, provocarles emociones, despertar su interés por la disminución de su peso o fortaleza física, podrán entonces contribuir a la continuidad de este Plan de actividades físico – recreativas.

Principio del carácter desarrollador: Este principio se sustenta en los postulados de L.S. Vigotski, pues tiene en cuenta la concepción del desarrollo psíquico del adolescente y las potencialidades que tiene para alcanzar niveles de desarrollo superiores a partir del desarrollo de base de forma espontánea, o gracias al desarrollo del proceso docente educativo.

3. Principios Pedagógicos: Entre ellos se destacan:

El principio de la participación democrática de toda la sociedad en las tareas de la educación del pueblo: Se considera un principio muy importante en aras de alcanzar los objetivos propuestos en plan de actividades físico-recreativas, pues se reconoce la sociedad como una gran escuela, el pueblo participa en el control de la educación y en la garantía de su desarrollo exitoso.

Principio de la unidad de lo instructivo y lo educativo: En los fundamentos teóricos de este trabajo queda clara la necesidad de este principio en el plan de actividades físico-recreativas que se propone.

En ello se debe lograr la implicación del Combinado Deportivo, la familia y la comunidad y el personal de salud, para garantizar dentro de las transformaciones que se consolidan en la población adulta entre 40 y 50 años adquieran los conocimientos necesarios que le permitan disminuir los niveles de sedentarismo, a fin de alcanzar un crecimiento personal de los mismo en esa interrelación dialéctica en que tiene lugar lo instructivo y lo educativo en este proceso.

4. Principios Sociológicos: Se determinan:

El enfoque comunitario: Aunque tiene un enfoque socio-económico, es aplicable en este proceso, a partir del papel del Combinado Deportivo en su proyección y extensión para lograr

alcanzar niveles superiores en la calidad de vida específicamente en las personas sedentarias entre 40 y 50 años.

El elemento central de la vida comunitaria es la actividad económica, sobre todo en la proyección más vinculada a la vida cotidiana, pero junto a esta actividad, y como parte esencial de la comunidad, están las necesidades sociales, entre ellas la educación, la salud, la cultura, el deporte y la recreación. Todas ellas integran una unidad y exigen un esfuerzo y cooperación.

A partir de este postulado, y teniendo en cuenta que esta propuesta está dirigida a potenciar los esfuerzos y las acciones de todos los factores.

Principio de la integración y cooperación: Para la sociedad en general y para la escuela en particular, resulta imprescindible que los padres y familiares en general reconozcan el rol tan importante que desempeñan en la educación de los niños, adolescentes y jóvenes.

Estas ideas del Dr. Blanco, ayudan a comprender la esencia de este principio necesario para poder ejecutar el conjunto de ejercicios que se propone; donde queda explícito la necesidad de la integración entre todos los factores para el éxito del objetivo propuesto.

El principio de la relación individuo-sociedad, o lo que es su expresión individualización y socialización, no se puede dejar de mencionar, a partir de los objetivos de este programa.

Así se puede decir que la educación constituye el mecanismo esencial para la socialización del individuo y la misma es inseparable del proceso individualización; de su articulación dialéctica se logra tanto la inserción del hombre en el contexto histórico social concreto, como su identificación como ser individualizado, dotado de características personales que lo hacen diferente de sus coetáneos.

En este programa se propone mejorar el estado de salud disminuyendo los niveles de sedentarismo en correspondencia con su integralidad, sus aptitudes y las necesidades sociales, y que en ella intervengan las agencias de socialización que permitan la individualización de las personas sedentarias entre 40 y 50 años, la formación de su personalidad, todo lo cual en su interrelación dialéctica propiciará también su socialización en la sociedad.

III.3.- Diseño del Plan de actividades físico-recreativas para la disminución de los niveles de sedentarismo.

Objetivo General:

➤ Contribuir a la disminución de los niveles de sedentarismo para el mejoramiento de condición física de la población adulta entre 40 y 50 años perteneciente a la circunscripción 7 del consejo popular Villa 2 de Consolación del Sur.

Objetivos Específicos:

- Incorporar a la práctica en las actividades físico-recreativas de forma organizada a la población adulta entre 40 y 50 años perteneciente a la circunscripción 7 del consejo popular Villa 2 de Consolación del Sur.
- Contribuir con la práctica de las actividades físico-recreativas a la disminución de los niveles de sedentarismo.

Etapas del plan de actividades físico-recreativas.

El plan de actividades físico-recreativas está estructurada por tres etapas: estudio-familiarización, desarrolladora y evaluación, lo que posibilita el diagnóstico de partida y la transformación en el estado de salud deseado, a través de las acciones planificadas.

Tabla Nº 9.- Etapas del plan de actividades físico-recreativas.

| ETAPAS. | PERSONAL IMPLICADO. | PLAN DE ACTIVIDADES. |
|--|---|--|
| I.-Etapa de estudio y familiarización (6 Semanas). | Médicos. Especialista de Cultura Física. Profesores deportivos. Comité de salud. | - Chequeo médico. - Entrevistas y conferencias. -Clasificación del Sedentarismo. -Practica, adaptación de los músculos y ligamentos. -Selección del líder. |
| II.- Etapa desarrolladora (16 Semana). | Médicos, especialista de Cultura Física profesores deportivos y comité de salud. | Aplicación del plan de actividades físico- recreativas . - Control de la asistencia. -Evaluación y control Intermedio. |
| III.- Etapa de Evaluación (2 Semana) | Médicos, especialista de Cultura Física y profesores deportivos | - Chequeo Médico - Clasificación del Sedentarismo. |

• 1ra etapa: Estudio y familiarización.

En esta etapa, se deben realizar las actividades físico-recreativas del plan sin muchas exigencias. Se crean las bases para el entrenamiento de la resistencia aerobia, la fuerza muscular (resistencia a la fuerza) y la flexibilidad. Además esta etapa está acompañada de actividades recreativas.

Datos generales de esta etapa:

- Duración: 6 semanas.
- Frecuencia: entre 3 y 5 días a la semana.
- Intensidad: entre el 40 y 60% de la frecuencia cardiaca máxima.
- Duración de las sesiones: entre a 20 minutos, aumentando hasta 30 minutos los 2 últimos días 2da semana.

• 2da etapa: Desarrolladora.

En esta etapa, se deben realizar las actividades físico-recreativas del plan aumentando la intensidad de la actividad, siempre teniendo en cuenta las particularidades de los practicantes. Se puede incluir la práctica de deportes y actividades recreativas. Preferiblemente la elección de las mismas es a consideración del practicante; siempre y cuando contribuyan con al objetivo de la actividad y mantengan la motivación por los ejercicios físicos.

Datos generales de esta etapa:

- Duración: 16 semanas.
- Frecuencia: entre 4 y 5 días a la semana.
- Intensidad: entre el 60 y 80% de la Frecuencia Cardiaca Máxima.
- Capacidades físicas fundamentales a trabajar: resistencia aerobia, fuerza muscular, flexibilidad y la coordinación.
- Duración de las sesiones: entre 60 y 90 minutos.

• 3ra etapa: Evaluación (2 semanas)

Esta etapa el practicante alcanza evaluaciones de su condición física a través del test de sedentarismo Pérez Rojas García, se realiza el chequeo por parte del médico y la encuesta sobre su criterio para el plan de actividades físico-recreativas.

Contenidos del plan de actividades físico-recreativas.

El plan de actividades física está compuesto por 6 tipos de ejercicio físicos.

1. Ejercicios para el calentamiento. Se basa en ejercicios de movilidad articular general y estiramiento que permitan movilizar todos los segmentos articulares que van a estar implicados en la actividad que se pretende realizar, contribuyen a disminuir la viscosidad del líquido sinovial y buscar tono muscular. Debe iniciarse con ejercicios de menor a mayor grado de libertad, complejidad y ritmo de ejecución, dirigidos específicamente a las articulaciones; además que el mismo debe durar entre 10 y 15 minutos.

2. Ejercicios para la fuerza muscular (con propios esfuerzos). Se trabajará fundamentalmente la resistencia a la fuerza basado en planchas, abdominales, cuclillas o semicucillillas y otras variantes que puedan utilizar sobre este tipo de fuerza autores como Harre (1988), Hartmann y Tunnemann (1995), Bompa (1995) citados por Román (2004), de una forma u otra coinciden en que es la capacidad del organismo de resistirse al cansancio y la fatiga durante ejercicios de fuerza de larga duración, agregando que esta se mide mediante el número de repeticiones del movimiento o duración del ejercicio; brinda posibilidades reales al organismo para mantener una tarea por un periodo de tiempo prolongado.

3. Ejercicios para la resistencia aerobia: para mejorar la resistencia aerobia el autor propone la marcha, el trote y las carreras según las particularidades de los practicantes. El más recomendado es la marcha por ser uno de los ejercicios de mayor aceptación, además se le puede recomendar a casi todas las personas. Según Pérez (2003) ,caminando se puede obtener beneficios en la función cardio respiratoria ,solo que se requiere de más tiempo para lograrlo y entre otros aspectos ,contribuye a disminuir la frecuencia cardiaca y la presión arterial, mejora la eficiencia del funcionamiento del corazón, aumenta la capacidad pulmonar. La marcha debe ser acelerada, se realizará de forma individual, en la

comunidad o en áreas deportivas aledañas a su lugar de residencia. Se utilizará el método de ejercicio continuo.

4. Ejercicios para la flexibilidad: El objetivo será dotar al músculo de la elasticidad necesaria que permita realizar un arco de recorrido adecuado a las exigencias del ejercicio que se vaya a ejecutar durante el entrenamiento y contribuyen a disminuir la viscosidad del líquido sinovial. La intensidad del estiramiento no debe ser elevada, sino aquella que permita conseguir la extensibilidad ya ganada con anterioridad, facilitando la flexibilidad. Una vez lograda se deberán mantener por espacio de 5-10 segundos aproximadamente, el tiempo de mantenimiento posibilita la activación neurosomática del músculo y la disposición energética y enzimática de las fibras musculares, mejorando la elongación muscular. Se realizan de forma alterna y generalmente no se hacen repeticiones, solo una vez cada ejercicio.

5. Ejercicios respiratorios: desempeñan un papel muy importante al realizar ejercicios físicos ya que mejora la oxigenación, permitiendo una mejor asimilación de la carga y facilitando la recuperación. Se realizan al finalizar la parte principal de las sesiones de ejercicios. La forma de realizar ejercicios respiratorios es caminando lentamente y realizando inspiraciones profundas por la nariz y expulsando el aire en forma de soplo por la boca. Se pueden cambiar con elevación de los brazos realizando la inspiración y al bajarlos realizamos la expiración.

6. Ejercicios de relajación muscular: se realizaran en la parte final de la sesión de ejercicios para lograr una total recuperación de los signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria). Generalmente se recomienda combinarlos con ejercicios respiratorios sobre la marcha. También se pueden realizar acostados decúbito supino o sentado.

Sesiones Individuales.

Las sesiones de ejercicios tienen sus particularidades. El autor comparte el criterio de Prat. M (1996), cuando recomienda que las mismas orientadas hacia la salud, tengan una

duración inicial entre 30-60 minutos, con un promedio de 45 minutos. El plan de ejercicio que se propone tiene esta duración de aplicación dependiendo de las características individuales de cada practicante. Cada sesión de ejercicios se divide en tres partes, inicial, principal y final.

Parte inicial: Constituye el inicio de la adaptación del organismo. Del cumplimiento de sus objetivos depende el éxito de la actividad que se pretende realizar. En esta parte se plantea, como objetivo fundamental, el acondicionamiento general del organismo a partir de la realización del calentamiento, es de suma importancia incluir los ejercicios de estiramiento. Tiene una duración aproximada de 10-15 minutos y se realizará de forma individual.

Parte principal: Constituye la parte fundamental de la sesión de ejercicios y es donde se cumplen los objetivos propuestos. Se realizan las actividades de mayor gasto energético y es donde se aplican las cargas físicas. En esta parte, se realizan los ejercicios para mejorar la fuerza en todos los planos musculares y el entrenamiento de la resistencia aerobia. Pueden intercalarse ejercicios de estiramiento. Tiene una duración aproximada entre 30 a 70 minutos, en dependencia de las características de los practicantes y la etapa del plan que se encuentra realizando.

Parte final: Constituye la parte del entrenamiento donde se recupera el organismo del esfuerzo realizado y los signos vitales deben tomar valores cercanos a los que se tenían antes de iniciar la sesión de ejercicios. Es la parte de la sesión de ejercicios que permite evaluar el resultado de los mismos. Se repiten los ejercicios respiratorios y de relajación muscular, tiene una duración de 5 a 10 minutos aproximadamente. Se pueden realizar también los estiramientos.

III.4- Cronograma de actividades físico-recreativas para la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 en el municipio Consolación del Sur.

Tabla N° 10.- Cronograma de actividades físico-recreativas.

| No. | Actividad | Lugar | Sesión | Frecuencia |
|-----|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|
| 1 | Torneos deportivos populares | Pre Conrado Benítez | Mañana | Mensual |
| 2 | Festivales deportivos recreativos | Áreas de la circunscripción | Mañana Tarde | Fines de Semana |
| 3 | Carrera a intervalos. | Áreas de la circunscripción | Tarde Noche | Fines de semana |
| 4 | Carrera de orientación urbana. | Áreas de la circunscripción | Mañana | Mensual |
| 5 | Gimnasia aeróbica de salón | Áreas de la circunscripción | Tarde | Mensual |
| 6 | Maratones populares | Áreas del consejo popular | Mañana | Mensual |

III.4.1.- Descripción de las actividades físico-recreativas.

Actividad #. 1. Torneos deportivos populares.

Objetivo: Promover la motivación hacia la práctica sistemática de actividades físico-recreativas en la población adulta entre 40 y 50 años en la Circunscripción 7 de Villa 2 en el municipio Consolación del Sur.

Contenidos:

Consiste en la organización y oferta de torneos o competencias deportivas en la comunidad, de corta duración, que serán desarrollados los fines de semana, en las instalaciones deportivas enmarcadas en la circunscripción. Entre los deportes a incluir, según las preferencias, se priorizarán: el futbolito, voleibol y cuatro esquinas.

Una vez establecida la convocatoria, se conformarán los equipos en representación de las diferentes circunscripciones, identificado cada uno por un nombre otorgado por los propios participantes, quienes también elegirán a su capitán. Además de precisarse los detalles para su ejecución (calendario, horarios, reglas especiales).

La duración de la competición en cada deporte convocado estará en dependencia de la cantidad de equipos y el sistema y reglas de competencia que se acuerden con los participantes.

Se comprometerán voluntariamente a técnicos deportivos, profesores y activistas que convivan en el consejo popular, los que se utilizarán, ya sea como árbitros, anotadores, etc., en función del correcto desarrollo de la actividad.

Actividad #. 2 Festivales Deportivo-Recreativos.

Objetivo: Ofrecer oportunidades a los adultos de las edades de 40 y 50 años de realizar una recreación de una forma sana aprovechando todos los espacios y materiales.

Contenidos:

Esta actividad se incluye en la propuesta por estar considerada como una de las más completas e importantes de la recreación física, ya que presuponen la realización de una gran variedad de actividades recreativas, que pueden responder a diferentes intereses y preferencias, con la utilización de un espacio. Por ello, su realización, en la que se concibe la participación de todos los grupos etéreos, propicia la interacción de la población adulta motivo de estudio con los demás integrantes de la comunidad, en los que se incluye la familia.

Estos festivales serán realizados todos los sábados de cada mes, en el horario de la tarde y su duración no excederá las dos horas treinta minutos. Se realizaran en las áreas de la circunscripción además de reunir otras condiciones propicias relacionadas con el espacio y la distribución de las áreas.

En su organización se ha previsto la oferta de diferentes actividades y competencias recreativas en cinco áreas participativas que funcionarán simultáneamente, tal y como se describe a continuación:

Área #. 1- Juegos de mesa.

Dominó de 55 fichas, Damas de 64 casillas, Ajedrez, Parchís.

Área #. 2- Juegos predeportivos.

Conducción del balón, drible entre obstáculos, tiro a bolos, tiro al aro, otras baterías de “A Jugar” (se conformarán equipos con todos los que quieran participar), tracción de soga.

Área #. 3- Juegos tradicionales.

Trompos, yaquis y bolas (los llevan los participantes), suizas, aros, carreras de relevo (sacos, carretilla, cangrejo, zig-zag...), pelegrina, el pato encebado y el pon a ciega.

Área #. 4- Juegos de animación.

Actividades participativas físico-recreativas: competencias de bailes tradicionales o populares, actuaciones artísticas diversas.

Actividad #. 3. Carrera a Intervalos.

Objetivo: Brindar actividades y espacios para la recreación y el esparcimiento de una forma sana.

Contenidos:

Mediante esta actividad se vincularán las actividades físicas con el medio natural y se aprovecharán los intervalos de descanso para que coincidan con las diferentes fuentes contaminantes, así los participantes realizarán una valoración crítica de sus causas y propondrán posibles vías para ayudar a su solución además la carrera estará matizada cambios de ritmos e intensidad.

Actividad #. 4. Carrera de orientación urbana.

Objetivo: Contribuir a la disminución de los niveles de sedentarismo mediante actividades recreativas.

Contenidos:

Se ubicarán puntos de encuentros en lugares referenciales de la circunscripción en cuestión donde los participantes tendrán que ejecutar una acción indicada en una tarjeta esta actividad se realizará tanto individual, dúo y equipo gana la persona que en menos tiempo realice la acción.

Actividad #. 5 Gimnasia Aeróbica de Salón.

Objetivos: Incentivar a través de la música y el baile la práctica sistemática de actividades físicas.

Contenidos:

La actividad se desarrollará en áreas de la circunscripción, la música que se utilizará será de la preferencia de los adultos, se estimulará un ambiente sano y de familiarización para aquellos que no sepan bailar puedan incorporarse a estas actividades sin ningún tipo de prejuicios, su duración no excederá los 45 minutos, su frecuencia será semanal, para la realización de esta actividad se utilizarán algunos medios como pudieran ser cajas etc.

Actividad #. 6- Maratones Populares.

Objetivo: Lograr que los adultos entre 40 y 50 años se incorporen de forma masiva a la actividad física y puedan tener participación otros miembros de la comunidad.

Contenidos:

Se realizará con una frecuencia mensual en horarios de la mañana, participaran todas aquellas personas que lo quieran hacer incluyendo los discapacitados, de ser necesario se dividirá la actividad por grupos de edades esto nos permitirá realizar una premiación según las posibilidades de los participantes, las distancias oscilaran entre 1km y 2km, para los niños 200m. Los promotores se ubicaran en puntos estratégicos del circuito, y facilitaran líquidos a aquellas personas que lo necesiten, se gestionara con la PNR así como salud pública para asistir cualquier situación anormal.

III.4.2.- Orientaciones metodológicas para la aplicación del plan de ejercicios físico-recreativo.

1. Si el plan se va a llevar a cabo en la comunidad, se debe elegir un terreno llano medido previamente ya sea en cuerdas o en kilómetros.
2. Si se utiliza una pista, debe medir, preferiblemente, 400 metros.
3. Usar ropa ligera y calzado cómodo.
4. Para controlar la actividad se recomienda medir la frecuencia cardiaca diaria entre momentos
 - Medir la frecuencia cardiaca en reposo, antes de comenzar la sesión de ejercicios.
 - Medir la frecuencia cardiaca después de finalizar la parte principal de la sesión de ejercicios.

- Medir la frecuencia cardiaca al concluir la parte final de la sesión de ejercicios.
- 5. Si siente fatiga o cansancio debe reducir la velocidad y la intensidad, compensándolo con el incremento de la duración.
- 6. Para cumplir los objetivos del plan debe realizar las frecuencias semanales que se orientan.
- 7. No comenzar el entrenamiento después de un período prolongado sin ingerir alimentos.
- 8. Con fiebre, estado gripal u otro tipo de infección e indisposición no se deben realizar ejercicios.
- 9. Cualquier anomalía que se presente durante la realización de los ejercicios debe consultar al especialista.
- 10. Prevenir lesiones.
- ✓ Ejecutar calentamiento previo.
- ✓ Uso del equipo apropiado.
- ✓ Tenga sentido común.

III.5.- Valoración de la efectividad del plan de actividades físico-recreativas que contribuya a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur.

III.5.1.- Resultados generales

➤ Resultados del criterio de los especialistas que evaluaron la propuesta.

La encuesta (ver anexo 5) aplicada permitió precisar los criterios y opiniones de los 4 especialistas, que poseen un promedio de 17.75 años de experiencia, sobre el plan de actividades físico-recreativas realizado; sus resultados se exponen a continuación:

El 100% de los especialistas consideran que es importante la realización de un plan de actividades físico-recreativas en las comunidades, especialmente en la edad adulta debido a que es donde más se padecen de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

El 75% coinciden en que el plan de actividades físico-recreativas realizado, dividido en tres etapas es correcto y tiene implícitos los aspectos organizativos para su control y evaluación.

El 100% de los especialistas concuerdan en que el tiempo de duración, la frecuencia de realización de los ejercicios, así como la intensidad de los mismos es la correcta.

El 75% de los especialistas coinciden con respecto a los contenidos seleccionados, considerando que son los correctos y que pueden ser incluidos otros.

El 100% de los especialistas encuestados consideran que la elección de la prueba funcional es idónea para medir el nivel de sedentarismo y opinan que el plan de actividades físico-recreativas realizado puede dar cumplimiento a los objetivos que se plantean.

Tabla Nº 11.- Resultados del criterio de los especialistas.

| Preguntas | Si | No | % |
|-----------|----|----|-----|
| 1 | 4 | | 100 |
| 2 | 3 | 1 | 75 |
| 3 | 4 | | 100 |
| 4 | 3 | 1 | 75 |
| 5 | 4 | | 100 |

➤ **Resultados del test de sedentarismo después de aplicado el plan.**

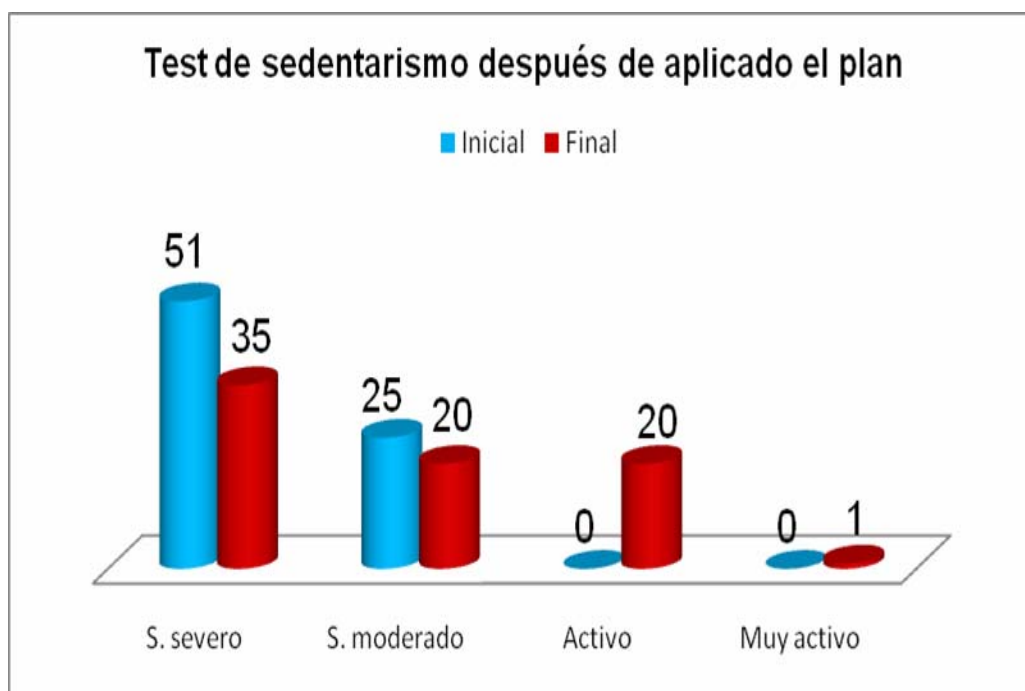
La tabla 10 muestra los resultados después de la aplicación de las actividades físico-recreativas que alcanzaron aquellos clasificados como sedentarios moderados al inicio de la investigación. De un total de 25 personas declaradas como sedentarios moderados, y una vez realizado los ejercicios propuestos en el plan, 5 cambiaron para el nivel de clasificación activo, de una cifra de 51 personas clasificadas como sedentarias severas 16 lograron cambiar de nivel para sedentarias moderadas , resulta interesante destacar que una persona logró pasar disminuir hasta el nivel de muy activo , lo que posibilita apreciar la influencia positiva del plan en el nivel de sedentarismo expresado en el test de clasificación de sedentarismo.

Tabla Nº 12.- Resultados del test de sedentarismo después de aplicado el plan.

| Niveles | Masculino | | Femenino | | Total | | Nivel de Significación | |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------------------|-------------------------|
| | # | % | # | % | # | % | Valor de p | Significación |
| Sedentario severo | 15 | 41 | 20 | 50 | 35 | 46 | 0.02 | Altamente significativo |
| Sedentario moderado | 10 | 28 | 10 | 25 | 20 | 26 | 0.04 | Altamente significativo |
| Activo | 10 | 28 | 10 | 25 | 20 | 26 | 0.01 | Altamente significativo |
| Muy Activo | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0.02 | Altamente significativo |
| Total | 36 | 47 | 40 | 57 | 76 | 100 | | |

Cuando se establece la comparación en el momento inicial con el final en el nivel de sedentario severo se obtiene que: en el inicial fue de 67% y el final de 46%. En el nivel de sedentario moderado fue de 33% en el inicial y el final de 46%. En el nivel de activo en el inicial fue de 0% y el final de 26% así como en el nivel de muy activo fue de 0% en el inicial y el final de 1%. En todos se obtuvo un valor de p superior a 0.01 por lo que los niveles de significación fue de altamente significativo.

Grafico N° 6.- Resultados de los niveles del sedentarismo de la población antes y después de aplicado el plan.



➤ **Resultados de la encuesta para evaluar el nivel de satisfacción y factibilidad del plan de actividades físico-recreativas.**

Después de haber analizado la encuesta que aparece en el anexo 6 se pudo corroborar que:

Los practicantes han logrado el autocontrol de la frecuencia cardiaca y la aplicación individualizada del plan de actividades físico-recreativas.

El 89% prefiere realizar la actividad en colectivo y un 3.5% con dos practicantes o más, por lo que predomina el trabajo en colectivo, legando una mayor cooperación y motivación para el desarrollo de la actividad física.

El 97% de los practicantes plantean que se sienten con más energía y más saludable.

A pesar de forma general existe una satisfacción por parte de los participantes con respecto a la aplicación del plan de actividades físico-recreativas, fundamentalmente basado en la mejoría que manifiestan de su bienestar físico.

Tabla Nº 13.- Resultados de la encuesta aplicada a los practicantes para evaluar el nivel de satisfacción y factibilidad del plan intervención de ejercicios físicos.

| Criterios | Cantidad | % |
|---|-----------------|----------|
| Satisfechos por la aplicación del plan de ejercicios físicos | 76 | 100 |
| Comprenden variados los contenidos | 70 | 92 |
| Han presentado dificultades para cumplir las exigencias del plan de ejercicios físicos. | 8 | 11 |
| Prefieren realizar ejercicios en colectivos | 68 | 89 |
| Se sienten bien al finalizar los ejercicios físicos | 76 | 100 |
| Afrontan las tareas cotidianas con mayor energía | 73 | 97 |
| El plan cumple las expectativas propuestas por ellos | 71 | 93 |
| Presentado dificultades para realizar el plan de ejercicios en la comunidad | 11 | 14 |

CONCLUSIONES.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, así como los resultados derivados del proceso investigativo, consideramos como conclusiones de nuestro trabajo, las siguientes:

1. La sistematización de los fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan el tratamiento del sedentarismo en la población adulta a nivel nacional e internacional evidenció que es posible la búsqueda de alternativas, que partiendo de sus realidades, beneficie a la población sobre otros factores de riesgo y eleve así su estado de salud.
2. El diagnóstico de la situación actual que presentó los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años perteneciente a la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur demostró que las personas de ese rango de edad no practican el ejercicio físico como medio para disminuir los niveles de sedentarismo además de no tener conocimiento sobre la enfermedad.
3. El plan de actividades físico-recreativas contribuyó a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur, además se tuvo en cuenta los diferentes aspectos para su selección en el tratamiento a dicha patología, mejorando su estado de salud; el mismo aporta métodos de trabajo y procedimientos sustentados en el enfoque histórico-cultural.
4. El plan de actividades físico-recreativas elaborado para la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur fue valorado a partir de criterios de especialistas y la aceptación por parte de la comunidad evidenciando pertinencia y aplicabilidad.

RECOMENDACIONES.

Después de analizar los resultados obtenidos en el proceso de la investigación y las conclusiones que se derivaron del mismo, se pone a consideración las siguientes recomendaciones:

- 1.** Generalizar los resultados de esta investigación a las demás circunscripciones del consejo popular Villa 2 del municipio Consolación del Sur, con el propósito de influir positivamente en el buen estado de salud y en su calidad de vida de los pobladores.
- 2.** Continuar el estudio del tema en otras investigaciones para lograr el perfeccionamiento del trabajo con las personas sedentarias en el municipio Consolación del Sur.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Acebo Urrechú, A., (1992) "Trabajo Social en los Servicios Sociales" Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
2. Álvarez Li. F, Espinosa Brito. A, Álvarez Fernández. O, Marrero Pérez R. (1995). Marcadores de riesgo y enfermedades cardiovasculares: Proyecto Global de Cienfuegos: Estudio longitudinal 1992-1994. 1995. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.
3. Alleyne, G. A. (1996). Prefacio En: Promoción de la Salud: Una antología. Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud .525 twenty-third street, NY.Washington D.C. 20037, EUA. Publicación Científica no. 557. libro 403 p.
4. American College of sport Medicine (1998). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. Medicine & Science in sports & exercise: 975-991.
5. Arias Herrera, Héctor (1995). La comunidad y su estudio. Personalidad, educación, salud. Ciudad Habana. Editorial Pueblo y Educación. 97 p
6. Barbero, J. M. y Cortés, F. (2005) "Trabajo Comunitario, organización y desarrollo social". Madrid: Alianza Editorial.
7. Benítez JI. (2007) Tesis presentada en opción al grado científico de doctor en ciencias de la cultura física. "Sistema de superación para profesionales de la cultura física en relación con los espacios para las actividades físico-deportivas"
8. Biblioteca de consulta microsoft® encarta® 2007.
9. Blair, S. N y col. (1989). Physical fitness and all cause mortality. JAMA; 262: 2395-2401.
10. Boone, T. (1993). Ejercicio obsesivo. Algunas reflexiones sobre el ejercicio físico y la salud. Perspectivas de la Actividad Física y el Deporte. 15, 49- 51.
11. Bouchard C. y col. (1990). Exercise, Fitness and Health: A Consensus of Current Knowledge. Champaign, Ill: Human Kinetics.
12. Burnham, J.M. (1998). Exercise is medicine: health benefits of regular Physical activity. J-la State -Med-Soc. 1998 Jul; 150 (7). 319-23.
13. Caballero Rivacoba, MJ.; García Y. (2004) El trabajo comunitario: una alternativa cubana al desarrollo social. Ediciones Acana, Camaguey,.
14. Cantero Fernández J y López Muñoz MA,(2004) Artículo: "Opciones recreativas para la mejora de la calidad de vida".
15. Casimiro, A. J. (1999). Comparación, evolución y relación de Hábitos saludables y nivel de condición física-salud en escolares, entre final de educación primaria (12 años) y final de educación secundaria obligatoria (16 años). Tesis Doctoral. Universidad de Granada 13.
16. Casimiro, A.J. (2000). Educación para la salud, actividad física y estilo de vida. Universidad de Almería. Servicio de Publicaciones.
17. Ceballos, J. (2003). Universalización de la cultura física .libro electrónico .ISCF, La Habana
18. Colectivo de autores Dirección nacional recreación del INDER (2000-2003) Documentos rectores de la recreación física en Cuba". La habana, Cuba.
19. Colectivo de autores (2003) "Plan nacional de recreación" Col deportes, Funlibre. Bogotá, Colombia.

20. Colectivo de autores. (2003). Manual Metodológico del Programa Nacional de Recreación Física.
21. Cooper, K. H. (1976): Physical fitness vs selected coronary risk factors a cross-sectional study. *JAMA* 236: 165 –173.
22. Cooper, K.H. (1998). *Cuerpo y Alma*. EEUU: Atlántida.
23. Cooper, D.M. (1994). Evidence for and mechanisms of exercise modulation of growth: an overview. *Medicine and science in sports and exercise*; 26, 6: 733-740.
24. Corbin, C.B. (1987). Youth fitness, exercise and health: There is much to be done. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 58, 4, 308-14.
25. Delgado, M.Y; Tecedor, P. (1998). Actividad física y salud: reflexiones y perspectivas. En F. Ruiz, A. García y A. Casimiro: *Nuevos horizontes en la Educación Física y el deporte escolar*. Almería: 35-44.
26. Delgado Fernández, M. y Col. (1999). *Entrenamiento físico-deportivo y alimentación: De la infancia a la edad adulta*. 2da edición .Barcelona. Editorial Paidotribo.
27. Delvis, J. y Peiró, C. (1992a). Nuevas perspectivas curriculares en educación Física: la salud y los juegos modificados. Barcelona: INDE.
28. Delvis, J. y Peiró, C. (1992b). El ejercicio físico y la promoción de la salud en la infancia y la juventud .*Gaceta Sanitaria*. 33.6.263-268.
29. Dennis r, WilliamsW, Giangreco M, Cloninger CH. (1994) Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. Sin cero.
30. Donald T. (1990). *Calidad de vida, estrés y bienestar*. San Juan, Puerto Rico: Editorial Psicoeducativa.
31. Duncan, P (1986) *Estilos de Vida*. En *Medicina en Salud Pública*.
32. Ettinger, W.H., Mitchell, B.S. y Blair, S.N. (1996). *Fitness after 50: t's never too late to start*. EE.UU: Beverly Cracom Publications.
33. Fernández Díaz, Argelia (2001), *Una propuesta para el perfeccionamiento de la interrelación de los centros docentes con la comunidad.- Tesis de Doctorado, (Doctorado en Ciencias Sociales)*. La Habana
34. Fox, K. (1991). *Exercise and the promotion of public Health: More Messages for the Mission*.
35. Gallicchio, E. (2000) *Empleo y desarrollo económico local*. (digital)
36. Gómez Puerto, J R (2005) *Estilos y calidad de vida*. Artículo publicado en <http://www.efdeportes.com/> revista digital (Buenos Aires)
37. Healthy People (2000). *National Helath Promotion and Disease Prevention Objectives*. US Department of Health and Human Services, Public Health Service DHHS Publication No (PHS) 91-50212 1991, pp 94-110.
38. Herrera, J (2007) *Gerencia y Administración de servicios sociales*. La Laguna. Fotocopia Drago.
39. Heyward, VH (1996). *Evaluación y prescripción del ejercicio*. Barcelona: Editorial Paidotribo.
40. Hombrados, M. I, García, M. A y López, T. (2006). *Intervención social y comunitaria*. Málaga: Editorial Aljibe.
41. Horlick, L. (1989) *Canadian Consensus Conference on Cholesterol: Final Report*. The Canadian Consensus Conference on the presentation of heart and vascular disease by altering serum cholesterol and lipoprotein risk factor. The Goverment Conference. Ottawa.

42. INDER (1981). Anteproyecto de Documento: Plan para contrarrestar la vida sedentaria. La Habana. (paper).
43. Internet "<http://es.wikipedia.org/wiki/Satisfacci%C3%B3n>".
44. Lillo, N. y Roselló E., (2001) "Manual para el Trabajo Social Comunitario". Madrid: Narcea, S.A.
45. Lupategui, E. (2000). Un nuevo enfoque hacia la actividad física y el ejercicio. Universidad Interamericana de PR. Disponible en: <http://www.saludmed.com/document/maito:elopateg>.
46. Machado Díaz M. (1998). Actividad física: Una recomendación para la prevención y/o disminución de los marcadores de riesgo de las ECNT [Trabajo para optar por la especialidad de Medicina General Integral. Universidad de Cienfuegos "Carlos Rafael Rodríguez. Cienfuegos. Cuba. 50. Manero, R. (1992) Test escalonado para medir capacidad física de trabajo. I Jornada Internacional de Medicina y trauma del deporte. Hospital Docente Frank País. Habana, diciembre (paper).
47. Marcos Becerro (1990). *Salud y deportes para todos*. Madrid: EUEDEMA.
48. Marcos Becerro, J. F. (1992). Capítulo 1: Actividad física y salud En: J. González Gallego. Fisiología de la actividad física y del deporte (P 1-17). Ciudad Madrid: Editorial Interamericana Mc Graw Hill.
49. Marcos Becerro, J.F. (1994). Ejercicio físico, forma física y salud: Fuerza, resistencia y flexibilidad. Madrid. Ediciones Eurobook. S.L.
50. Marcos Becerro, J.F. (2000a). Ejercicio envejecimiento y longevidad. En: Cdr. Francisco Salinas. La actividad física y su práctica orientada a la salud: Actas de la I Jornada Andaluzas sobre Actividad Física y Salud (4, 5,6 de noviembre de 1999). (P 19-23). Universidad de Granada: Grupo Editorial Universitario y CSI-CSIF.
51. Marcos Becerro, J.F. (2000b). El entrenamiento de fuerza en las personas mayores. En: Entrenamiento de fuerza para todos. (pp 305-348). Federación Internacional de Halterofilia (IWF). Madrid: Impreso Izquierdo. S.A.
52. Mazorra Zamora, Raúl. (1986). Actividad Física y Salud. La Habana, Editorial Científico – técnica. 168 p
53. Mejía N, Serna L, Sierra T (1997). Descripción de actitudes y prácticas en estilos de vida saludables en médicos y personal de enfermería. Metrosalud, 1997. Trabajo de grado para optar al título de especialista en Epidemiología, Universidad CES.
54. MINSAP/OPS (1994). Promoción de Salud y Comunidad. Declaración del 1er Taller Nacional de Promoción de Salud. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Organización Panamericana de la Salud. Cienfuegos. Cuba. 9 DIC. 1994.
55. Mojaiber, R. B. (1998). El sedentarismo, factor de riesgo contrario a la esencia humana. Rev Cubana Med Gen Integr; 14(3): 211-212.
56. Mora, M (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del Adulto Mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. Revista MHSalud® (ISSN: 1659-097X) Vol. 1. No. 1. Septiembre, 2004.
57. Morel Véronique. (2004) Maestría Ciencias del Movimiento Humano, UCR, http://geosalud.com/adultos_mayores/ejercicio.htm
58. Moreno González, A. (2005) Incidencia de la actividad física en el adulto mayor. Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y el deporte (20) <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista20/artvejez16.htm>
59. Navarro Valdivieso, M. (1999) La condición física en la población adulta de Gran Canaria y su relación con determinadas actitudes y hábitos de vida. Apuntes. Educación física y deportes (55) (Tesis Doctorales): 110.

60. Ochoa Soto, Rosaida. (1992). Epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles. / Rosaida Ochoa Soto Cet. 991.--- Guantánamo: Ed. Pueblo y Educación, 1992. 256 p.
61. OMS (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de Salud. Una Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud. Hacia un nuevo concepto de la salud pública. Ottawa 1986.
62. OPS (1992a). Municipios Saludables una Estrategia de Promoción de la Salud en el Contexto Local. Programa de Promoción de la Salud. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud Información Washington D.C. Mayo, 1992.
63. OPS (1992b). El Movimiento de Municipios Saludables en América. Organización Panamericana de la Salud. Agosto 1992. Santa Fe de Bogotá.
64. OPS (1992c). Promoción de la Salud y Equidades. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud. Colombia. del 9 al 12 de nov., 1992. Santa Fe de Bogotá.
65. OPS (1993). Carta del Caribe para la Promoción de la Salud. Elaborada y adoptada por la Primera Conferencia de Salud del Caribe Organizada por la OPS/OMS y la Cooperación Caribeña en Salud del 1-4 de junio. Puerto España, Trinidad Tobago en: Promoción de la Salud una Antología. p 378.
66. OPS (1995). Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1995-1998 Salud para Todos y por Todos. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la OMS. Documento Oficial no 269. Washington D.C. 20037 E.U. 1995.
67. OPS (1996). Promoción de Salud: Una Antología. Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 525 Twenty-Third Street, NY Washington D.C. 20037, EUA. Publicación Científica No. 557. 1996 George A. Alleyne (Director) (prefacio). libro 403 p.
68. OPS (1998). Orientaciones estratégicas y programáticas de los periodos 1995-1998 y 1999-2002.
69. OPS (1999). Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1999-2002. Oficina Sanitaria Panamericana Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la OMS Documento Oficial .Washington D.C. 20037 E.U.
70. Paglilla, R y Perrone E. 2001. El nuevo perfil de la institución escolar, inserta en las comunidades barriales carenciadas la animación institucional hacia la comunidad barrial. [Http://www.efdeportes.com/](http://www.efdeportes.com/) revista digital (Buenos Aires) (digital)
71. Palau, A. (1997). La actividad física y tu salud. / Ana Palau. Panamá: Web Salud 36.
72. Pascual, C. (1994). Ideologías, actividad física y salud. Revista de Educación Física, 60, 33-35.
73. Pate, R. R. (1988). The Evolving Defition of Physical Fitness. Quest, 40, 174- 179.
74. Pérez Fuentes, A. (1999). Actividad Física y Salud en Centros Laborales. 1er. Evento Nacional Científico Metodológico de la Educación Física de Adulto. Sancti Spiritus, Cuba. Junio 1999.
75. Pérez Fuentes A. (2003) Condición Física saludable. Una experiencia en la población adulta laboral activa de Cienfuegos, Cuba. Tesis de Doctorado en Ciencias de la Cultura Física. La Habana. ISCF "Manuel Fajardo".
76. Pérez Sánchez, A (2003) Fundamentos Teóricos metodológicos Capitulo I, Editorial José Martí.
77. Pérez Sánchez, A. (2003) Libro Recreación Fundamentos Teóricos Metodológicos.

78. Popov SN (1990). La cultura física terapéutica. Editorial Pueblo y Educación. La Habana.
79. Pratt M. (1996). Ejercicio En: Bennett JC, Plum F. CECIL. Tratado de Medicina Interna. 20 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; p 37-402.1 3.-
80. Proyecto Carmen (1998). Marcadores de Riesgo y Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Informe Proyecto Carmen (Conjunto de Acciones para Reducir Multifactorialmente Enfermedades No Transmisibles) Cienfuegos.Cuba.
81. Ramos Rodríguez Dr.C. A E. (2002) Monografía tiempo libre y recreación en el desarrollo local. Centro de estudio de desarrollo agrario y rural.
82. Rodríguez Domínguez L, Herrera Gómez V, Dorta Morejón E. (1998). Algunos factores de riesgo que favorecen la aparición del infarto agudo del miocardio. Rev Cubana Med Gen Integr .Mayo-Jun; 14 (3): 243-9.
83. Rodríguez F. A. (1995). Prescripción de ejercicio para la salud (I) Resistencia Cardiorespiratoria. Apunts. Educación Física y Deportes 1995(39) 87- 102.
84. Rodríguez F. A. (2001)Prescripción de ejercicio y actividad física en personas sanas (i). Principios generales. Atención primaria 1995; 15: 190-194.
85. Rodríguez Marín, J. (1995). Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis Psicológica.
86. Saavedra C (1999). Métodos de evaluación, diagnóstico y de la condición física en diversos grupos humanos. Lecturas: EF y Deportes. Revista digital. Disponible en: [Http:// sportquest.com/revista/](http://sportquest.com/revista/). Revista digital. No 15/ Buenos Aires, 08/99 p deportes. [Fecha de consulta: julio 21 del 2008].
87. Salleras Sanmartí L. (1988). Salud del adulto. En: Piédrola Gil, G., Domínguez Carmona, M., Cotina Greus, P., Galves Vargas, R., Sierra López, A., Saénz González, M. C., et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8. ed.Barcelona: Salvat, 1988: 937.
88. Sánchez Bañuelos, F. (1996,). La actividad física orientada hacia la salud. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S. L.
89. Sánchez Bañuelos, F. (1998). Capitulo 2. El concepto de salud, su relación con la actividad física y la E.F. orientada hacia la Salud. En: Ruíz Juan F, García López, A. y Casimiro Andujar, A. J. Nuevos Horizontes en la Educación física y el deporte escolar. New Perspectives in Physical Education and Schol sport (pp. 17-33) Malaga: Edición Española.
90. Sánchez Bañuelos (2000). La Educación física orientada a la creación de hábitos saludables. Granada. Grupo editorial Universitario y Sector de Enseñanza de CSI-CSFI.
91. Sánchez M; Guerrero S; Caballero I. (1977). Los 100 juegos del plan de la calle. Algunas teorías sobre juegos. Editorial orbe, La Habana. Cuba.
92. Selman-Housein, KH (2008) ¿Cómo vivir 120 años?
93. Sánchez Vidal, A. (2007) Manual de Psicología comunitaria. Un enfoque integrado. Ediciones Pirámide, Madrid. p. 100.
94. Serra JR Llach M (1996). Métodos utilizados para cuantificar la intensidad del trabajo físico. En: Prescripción de Ejercicio Físico. Santa Grau. Barcelona.
95. Sierra López, A., Torres Lana, A., (1988). Epidemiología y prevención de las enfermedades cardiovasculares. En medicina preventiva y salud pública. 8. ed. Barcelona: salvat, 1988: 691-699.
96. Tercedor Sánchez, P. (2001). Actividad Física, Condición Física y Salud. Sevilla, España. Wanceulen Editorial Deportiva S.L.

97. Tovar Pineda MA. (2005) Psicología social comunitaria una alternativa teórico-metodológica. [http://www, saludmed.com/document/maito:elopateg](http://www.saludmed.com/document/maito:elopateg).
98. Valdés García, B., Navarro, D., Casamayor, G., Muñoz, G., y Rondón , J.C. Orientaciones Metodológicas. Departamento Nacional de Educación Física para Adultos.INDER Nacional. Cuba.
99. Vegal, JP y Torres Hernández, M. (2001). Impacto de la promoción y la educación para la salud en los logros de la salud pública cubana. Revista Cubana Medicina General Integral; 17 (1): 91-9.

Guía de observación

OBJETIVO Recopilar información sobre el trabajo que desarrollan las actividades físico-recreativas que contribuya a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur.

Lugar a observar: _____

Fecha de realización: _____

| # | Aspectos a observar en la comunidad. | B | R | M |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Condiciones en las que se encuentran las áreas visitadas para la realización de actividades físico-recreativas que contribuya a la disminución de los niveles de sedentarismo en la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur. | | | |
| 2 | Participación de la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur a la realización de las actividades físico-recreativas. | | | |
| 3 | Organización de las actividades físico-recreativas programadas para la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur. | | | |
| 4 | Variabilidad de las actividades físico-recreativas programadas para la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur. | | | |
| 5 | Nivel de integración logrado por los diferentes factores, Combinado Deportivo, comunidad y personal de salud en las actividades físico-recreativas programadas para la población adulta entre 40 y 50 años en la circunscripción 7 de Villa 2 del municipio Consolación del Sur. | | | |

Anexo 2

Encuesta a la población adulta

Objetivo: Recopilar datos que contribuyan al desarrollo de la investigación.

Nombre _____

Edad _____

Peso _____ Kg.

Talla _____ cm.

1. ¿Conoce usted que es el sedentarismo?

Si ()

No ()

2. ¿Se realizan en su circunscripción actividades para evitar el sedentarismo en sus pobladores?

Si ()

No ()

3. ¿Usted presenta una de estas enfermedades crónica no transmisible que aparece a continuación:

Hipertensión ()

Diabetes ()

Hiperlipidemia ()

Cardiopatía ()

Asma ()

Otra _____

4. ¿Usted cree importante que el ejercicio físico puede ayudarle a disminuir los niveles de sedentarismo?

Sí ()

No ()

5.. ¿Realiza algún tipo de ejercicio físico aeróbico como caminar o correr?

Sí ()

No ()

6. ¿Le gustaría participar en un plan de actividades físico-recreativas?

Si ()

No ()

Anexo 3.

Entrevista a directivos, personal de salud y de Cultura Física.

Cuestionario:

1.- ¿Considera Ud. que existen estilos de vida desfavorable en la población?

Si _____ No _____

¿Por qué?

2.- ¿Considera Ud. Predominio de estilo de vida sedentario en la edad adulta?

Si _____ No _____

¿Por qué?

3.- ¿Considera Ud. la necesidad de un plan de ejercicios para disminuir el nivel de sedentarismo?

Si _____ No _____

4.- ¿Considera Ud. que existen condiciones favorables para la aplicación de un plan de ejercicios físicos?

Si _____ No _____

¿Por qué?

5.- ¿Qué frecuencia Ud. recomienda para la realización de un plan de ejercicios?

6.- ¿Considera Ud. aplicar un plan de ejercicios en lugares al aire libre?

Si _____ No _____

¿Por qué?

7.- ¿Con que duración consideras que se deben realizar los ejercicios para que sean más asequible?

8.- ¿Cuáles capacidades físicas fundamentales considera Ud. que se pueden trabajar en la realización del plan de ejercicios?

Anexo 4.

Test para clasificar el sedentarismo. Pérez, Roja, García

➤ **Datos previos.**

- Medir la frecuencia cardíaca (FC) en reposo (la persona que se va a examinar no puede haber fumado ni tomado café 30 minutos antes de la realización de la prueba).
- Medir la tensión arterial.

Se utiliza como límite para que al examinado se le aplique la siguiente carga, la cifra de frecuencia cardíaca de 120 pulsaciones/min. Lo que es igual a 30 pulsaciones en 15 segundos.

➤ **Ejecución de la prueba.**

1. Se utiliza un escalón de 25 cm. de altura.
2. Se efectúan hasta tres (3) tipos de “cargas” o de determinada actividad que demanda esfuerzo físico que se corresponden a su vez con un nivel dado. En cada nivel la duración de la actividad física es de tres (3) minutos.

- Primera carga y primer nivel: 17 pasos/minuto.
- Segunda carga y segundo nivel: 26 pasos/minuto.
- Tercera carga y tercer nivel: 34 pasos/minuto.

Se considera como un paso la acción de subir el escalón de 25 cm. de altura con la pierna derecha, subir la izquierda, hasta bajar ambas.

3. Se utiliza para el conteo de los pasos un metrónomo o un cronómetro.
4. Medir la FC en 15 segundos al concluir los 3 minutos para cada carga.
 - Si la FC está por debajo de 120 pul/min. = 30 pul. en 15 seg., se procede a descansar un minuto, y se pasa a la siguiente carga/nivel.
 - Si la FC es mayor o igual a 120 pul/min igual a 30 en 15 seg., se detiene la prueba y ese es el nivel que le corresponde a la persona y se evaluará en la clasificación de sedentarismo según corresponda.

Una vez concluida esta prueba se pueden clasificar los diferentes niveles de sedentarios.

Anexo 5.

Selección y encuesta a los especialistas.

Nombre y Apellidos:

Centro de Trabajo:
Especialidad:
Años de Experiencia:
Categoría docente e investigativa:

Objetivo: Evaluar el plan de ejercicios físicos para disminuir los niveles de sedentarismo en la población adulta.

Consideraremos muy valiosa toda la información que usted nos pueda brindar acerca de los contenidos, la estructura seleccionada para la concepción científica del trabajo.

ENCUESTA

1. ¿Considera usted que para disminuir el alto nivel de sedentarismo es importante la realización de ejercicios físicos?

Si _____ No _____

2. ¿Considera correcta las tres etapas de planificación que contiene el plan de ejercicios físicos?

Si _____ No _____

3. ¿Considera que es correcto el tiempo de duración y la frecuencia de realización de los ejercicios planificados para la etapa?

Si _____ No _____

4. ¿Opina que es correcta la intensidad propuesta para la realización de los ejercicios aerobios?

Si _____ No _____

5. ¿Considera usted que los ejercicios seleccionado son los adecuados?

Si _____ No _____

6. ¿Considera usted que la marcha como opción para el trabajo de la resistencia aerobia puede elevar el nivel de condición física de los adultos?

Si _____ No _____

7. ¿Considera usted correcta la indicación de los ejercicios para el entrenamiento de la fuerza muscular usando solamente el peso corporal en función de la salud?

Si _____ No _____

8. ¿Considera que la prueba funcional que se utiliza es la correcta para medir el nivel de sedentarismo de los practicantes?

Si _____ No _____

9. ¿Considera que el plan de ejercicios físicos pueda cumplir con los objetivos que se proponen?

Si _____ No _____

10. Algunas consideraciones generales sobre el plan de ejercicios físicos

Muchas Gracias por su Colaboración.

Anexo 6.

Encuesta para evaluar el nivel de satisfacción y factibilidad del plan actividades físico- recreativas.

1-¿Cómo se siente con la aplicación del plan de ejercicios físicos elaborados?

Bien ____ Regular ____ Mal ____

2-¿Son suficientemente variados los contenidos del plan de ejercicios físicos que estas realizando?

Si ____ No ____

3-¿Has presentado dificultades para cumplir con las exigencias de los ejercicios que contiene el plan?

Si ____ No ____ En caso de ser negativa la respuesta decir las causas _____

4- ¿Como prefiere realizar la actividad?

Con un compañero ____ Con dos o más ____ En colectivo ____

5- ¿Las indicaciones que se la brindan los especialistas han sido útiles para las sesiones de entrenamiento?

Si ____ No ____

6- ¿Cómo se siente al finalizar cada sesión de entrenamiento

Bien ____ Regular ____ Cansado ____

7-¿Durante el tiempo que lleva realizando los ejercicios físicos siente que afronta las tareas cotidianas con más energía?

Si ____ No ____

8-¿El plan de ejercicios físico-recreativas que estás realizando cumple las expectativas que te habías propuesto?

Si ____ No ____

9- ¿Ha presentado dificultades para realizar el plan de ejercicios en la comunidad?

Si ____ No ____

10-¿Qué opinión general tiene sobre el plan de ejercicios físicos?

Anexo.7 Caracterización de los especialistas.

| No | Nombres y Apellidos | Años de Experiencia | Nivel cultural | Ocupación | Categoría científica docente | Centro de procedencia |
|-----------|-----------------------------|---------------------|----------------|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 1 | Dunia Diaz Ceballos | 8 | Universitario | Profesora de CFT | Licenciada | Área terapéutica C. del Sur. |
| 2 | Juan Miguel Acosta Piloto | 22 | Universitario | Metodólogo en AFC | Licenciado | Dirección Mcpal de deportes |
| 3 | Pedro Jesús Cruz Hdez. | 7 | Universitario | Sub-director deporte participativo | Instructor | Dirección Mcpal de deportes |
| 4 | Hildelisa Carrillo Ceballos | 34 | Universitario | Profesora de CFT | Especialista áreas terapéuticas | Área terapéutica C. del Sur. |
| Años prom | | 17.75 | | | | |

Anexo 8

CONTROL INDIVIDUAL DIARIO DE PREPARACIÓN AERÓBICA.

Indicaciones Generales:

- Tómate el pulso basal diariamente (al despertarte) aun estando acostado en 15 seg.
- Tómate siempre el pulso en los primeros 15 seg. después de concluida la carrera.
- Tómate el pulso tres minutos después de concluida la carrera (recuperación).
- Anota la distancia recorrida y el tiempo empleado.

Formula de % de recup. = $\frac{[(\text{Pulso al concluir la carrera})]}{\text{pulso a los 3 minutos de concluida la carrera}} \times 100 - 100$

Evaluación 30 % o + favorable

| SEMANA No 1 | | | | | | |
|--------------|-----------|--------|-----------------------------|-------|--|---------------|
| FECHA | ACTIVIDAD | TIEMPO | PULSO BASAL REC. 3 | ENTR. | | OBSERVACIONES |
| Lunes | | | | | | |
| Martes | | | | | | |
| Miércoles | | | | | | |
| Jueves | | | | | | |
| Viernes | | | | | | |
| Sábado | | | | | | |
| Domingo | | | | | | |
| SEMANA No 2 | | | | | | |
| | | | | | | |
| SEMANA No 10 | | | | | | |
| Lunes | | | | | | |
| Martes | | | | | | |
| Miércoles | | | | | | |
| Jueves | | | | | | |
| Viernes | | | | | | |
| Sábado | | | | | | |
| Domingo | | | | | | |