

ACTITUDES, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS CORPORALES DE LOS
USUARIOS ADULTOS DE PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LAS
SUBREGIONES DE ANTIOQUIA
Un estudio del programa “Por su salud, muévase pues” de la *Dirección Seccional
de Salud de Antioquia* e *INDEPORTES* Antioquia

Mónica María Arenas Sosa
monicamaria41@hotmail.com

Tesis de grado para aspirar al título de
Magíster en Motricidad y Desarrollo Humano

Tesis dirigida por

Mg. Benjamín Díaz Leal
Asesor metodológico

MD. Mario Andrés Quintero Velásquez
Asesor temático

Universidad de Antioquia
Instituto Universitario de Educación Física
Maestría en Motricidad y Desarrollo Humano
Medellín
2008

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE EDUCACIÓN FÍSICA
MAESTRÍA EN MOTRICIDAD-DESARROLLO HUMANO

ACTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Los abajo firmantes hemos leído, evaluado y escuchado el trabajo de investigación

“ACTITUDES, PERCEPCIONES Y PRACTICAS CORPORALES DE LOS USUARIOS ADULTOS DE PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FISICA EN LAS SUBREGIONES DE ANTIOQUIA: UN ESTUDIO DEL PROGRAMA “POR SU SALUD, MUEVASE PUES” DA LA DSSA E INDEPORTES ANTIOQUIA”

Presentado por la estudiante:

MÓNICA MARÍA ARENAS SOSA

CC: 43816614

Aspirante al título de Magister en Motricidad – Desarrollo Humano

En tal sentido los jurados consideramos que el trabajo es **APROBADO**

Dada en Medellín a los 4 días del mes de diciembre del 2008



Ph. D. VICTOR ANDRADE DE MELO

Jurado



Mg. FREDY ALANSO PATIÑO VILLADA

Jurado



Mg. BENJAMIN DÍAZ LEAL

Asesor

*A todas aquellas personas que hicieron posible esta
investigación*

Agradecimientos

A mi familia, por su apoyo incondicional

Al Doctor Julio Roberto Gómez Gaitán

Al profesor Benjamín Díaz Leal

Al Doctor Mario Andrés Quintero Velásquez

Al grupo de trabajo del programa “Por su salud, muévase pues”

A todas las personas de los municipios que participaron en la investigación

A INDEPORTES Antioquia

Al Instituto Universitario de educación Física de la Universidad de Antioquia

CONTENIDO

1. Planteamiento del problema
2. Justificación
3. Objetivos
4. Marco conceptual
 - 4.1 Soporte
 - 4.1.1 Soporte internacional
 - 4.1.2 Soporte nacional
 - 4.1.3 Soporte regional
 - 4.2 Contexto regional: Antioquia, descripción de las subregiones
 - 4.3 Conceptos base
 - 4.3.1 Actividad física
 - 4.3.2 Motricidad y construcción de tejido social
 - 4.3.3 Actitudes
 - 4.3.4 Percepciones
 - 4.3.5 Prácticas corporales
 - 4.4 Programa “por su salud, muévase pues”
 - 4.5 El modelo “móvil” de intervención ecológica
5. Metodología
 - 5.1 Instrumentos para la recolección de la información
 - 5.2 Población y muestra
 - 5.3 Procedimiento metodológico
 - 5.4 Análisis de la información
 - 5.5 Resultados esperados
6. Cronograma
7. Estrategias de comunicación
8. Compromisos
9. Presupuesto
10. Resultados y análisis
 - 10.1 Actitud
 - 10.2 Percepción
 - 10.3 Práctica corporal
11. Consideraciones finales
12. Conclusiones
13. Recomendaciones
14. Referencias
15. Anexos

INFORMACIÓN GENERAL

- TÍTULO DEL PROYECTO

ACTITUDES, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS CORPORALES DE LOS USUARIOS ADULTOS DE PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LAS SUBREGIONES DE ANTIOQUIA.

Un estudio del programa “Por su salud, muévase pues” de la *Dirección Seccional de Salud de Antioquia* e *INDEPORTES* Antioquia.

- NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

Mónica María Arenas Sosa

- TELÉFONO Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA

353 47 39 – 314 679 39 05

Correo: monicamaria41@hotmail.com

- NOMBRE DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Cultura Somática: Línea de construcción social

TEMÁTICAS RELACIONADAS CON LA GESTIÓN, EL GOBIERNO Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS. SI NO

- DURACIÓN DEL PROYECTO: 8 meses
- VALOR TOTAL DEL PROYECTO : \$30.120.660
- NOMBRE DE QUIENES DESARROLLARÁN EL PROYECTO

Mónica María Arenas Sosa

- CATEGORÍA DEL GRUPO: B, COLCIENCIAS
- ASESOR METODOLÓGICO: Mg. Benjamín Díaz Leal
- ASESOR TEMATICO: MD. Mario Andrés Quintero Velásquez

ACTITUDES, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS CORPORALES DE LOS USUARIOS ADULTOS DE PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LAS SUBREGIONES DE ANTIOQUIA

Un estudio del programa “Por su salud, muévase pues” de la *Dirección Seccional de Salud de Antioquia e INDEPORTES* Antioquia.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A través de la historia, el ser humano ha construido y evidenciado ideales en torno al cuerpo y la salud como signos de bienestar, los mismos que determinan el grado de aceptación en el medio social; ideales que se han resignificado como consecuencia del avance de las diferentes disciplinas y la tecnología, generando una mayor conciencia sobre los beneficios de una vida saludable y el papel de la actividad física en el bienestar de los sujetos. Sin duda, estos avances han logrado cambiar conductas y hábitos y con ello determinar diferentes comportamientos en la comunidad.

Si bien es cierto que la conciencia sobre la importancia de los beneficios de la actividad física ha venido en aumento, no se ha logrado bajar los índices de sedentarismo, ni conseguir que la participación de la población sea realmente significativa en los diferentes programas de actividad física ofrecidos en los municipios del Departamento de Antioquia, debido en parte a la falta de estudios sobre lo que creen, sienten y hacen los individuos y sus comunidades, en torno a la práctica regular de la actividad física.

En el Departamento se han realizado pocos estudios específicos sobre las expresiones motrices comunitarias en las regiones, tal vez debido a que ha prevalecido un interés comercial de la actividad física y se ha centrado en las ciudades capitales. Sin embargo, el movimiento que se ha generado en torno al sedentarismo, visto como un problema de salud pública, ha forjado desde las instituciones mundiales y regionales líderes en salud y motricidad múltiples programas que pretenden ayudar a disminuir los altos índices de sedentarismo en la población.

Sin embargo, hasta ahora no se han determinado, ni establecido procesos de evaluación de las actitudes, percepciones y prácticas corporales de la población usuaria de programas de actividad física en las subregiones de Antioquia, y por lo tanto, probablemente no se tracen adecuadamente los lineamientos teóricos y prácticos de los diseños de programas de actividad física del Departamento,

acordes con las necesidades y posibilidades de la población de cada región; esto ha determinado que las diferentes entidades que intervienen en el área de la actividad física y la salud no sepan cuál es la efectividad real de estos programas.

De otro lado, se desconoce además el impacto de los programas en las regiones, no se establecen en forma adecuada las propuestas, no se crean mecanismos de motivación, participación y control en los programas por parte de la comunidad, y hay deficiencia en los procesos de la pedagogía corporal, generando altos niveles de sedentarismo y aumentando los factores de riesgo para las enfermedades crónicas degenerativas.

Al respecto, existen muchos interrogantes por resolver; por lo tanto, es necesario buscar las respuestas más adecuadas, por ejemplo, ¿por qué las personas acceden o no a la práctica deportiva, recreativa y motriz?, ¿qué grado de educación y sensibilidad tienen sobre el tema?, ¿cuáles son las estrategias que se deben adoptar para lograr una mayor participación en estos programas?, ¿cuál es la calidad de los programas que se están ofreciendo?, ¿Cuál es la efectividad real de los programas?, ¿los programas obedecen a las características de los contextos?; estas son, entre otras, algunas de las preguntas con las cuales se pretende dar respuesta al problema de investigación, para contribuir a la construcción de una cultura corporal acorde con las necesidades, intereses y problemas de la población de las diferentes subregiones del Departamento.

Se propone indagar por las actitudes, percepciones y prácticas corporales de la población adulta usuaria de programas regulares de actividad física, lo cual, se espera, repercuta en la calidad de las propuestas institucionales.

Como se ha señalado, la principal causa del problema, ha sido la falta de estudios por parte de las entidades que intervienen en las regiones, que den cuenta de lo que piensan, sienten y hacen los individuos y sus comunidades en torno a las prácticas sistemáticas de la actividad física, en las subregiones del Departamento de Antioquia, lo cual ha traído como consecuencia la baja calidad de los programas institucionales de actividad física, la escasa participación de la población en estos programas y la discordancia entre lo que se ofrece y lo que los individuos necesitan realmente. Así, es evidente el bajo empoderamiento de la comunidad, la deficiencia en los procesos de pedagogía corporal, la prevalencia del sedentarismo y el aumento de las enfermedades crónicas degenerativas.

Por lo tanto, se hace necesario el estudio de las necesidades reales, las motivaciones, los impedimentos y temores de la comunidad reflejados en las prácticas corporales, las actitudes y las percepciones, lo que permitirá ofrecer una guía base para los programas institucionales, posicionándolos mejor y propiciando una mayor aceptación y participación de la comunidad.

La resolución del problema de investigación, trae consigo propuestas de capacitación, directrices curriculares para los diferentes programas que promuevan estilos de vida saludable, nuevas formas organizativas en torno a la actividad física, el empoderamiento de la comunidad mediante una participación consciente y libre en los programas de actividad física.

La pertinencia de los programas de actividad física y salud, se fundamenta en su contribución al desarrollo humano, entendido como un proceso activo de constitución del sujeto, en sus dimensiones individual y social; un proceso caracterizado por el encuentro, el intercambio, la comunicación, el diálogo entre los individuos, en donde se busca la mayor conciencia del sujeto, de su cuerpo y de su cultura, para poder así, tomar posicionamiento en lo histórico, cultural y social, con el fin de intervenir en su transformación.

2. JUSTIFICACIÓN

Los programas de actividad física y salud han tenido un importante crecimiento, debido entre otros factores al aumento de la conciencia de los beneficios de la actividad física.

La Organización Mundial de Salud (OMS) ha venido alertando a la comunidad internacional sobre los riesgos para la salud de las personas y los altos costos de atención médica que se tendrán en el futuro, si los hábitos de vida saludable no se implementan con urgencia en nuestras poblaciones, esto ha generado la creación de proyectos y programas que pretenden aumentar la actividad física de las personas sin importar su edad, condición humana o destrezas para el ejercicio.

En Colombia se promueve en forma tímida un proyecto de Colombia Activa y Saludable, pero sin adecuada articulación y con una débil conceptualización, lo que ha originado diversas dificultades en la implantación e implementación de los programas de actividad y salud en el país.

Los programas de salud y actividad física existentes han surgido más de la voluntad y el entusiasmo regional que de una política clara de Coldeportes Nacional y el Ministerio de Protección social.

Este incremento de usuarios de los programas es incipiente todavía, los índices de sedentarismo son muy altos y existe muy baja conciencia en las poblaciones sobre los peligros de una mala alimentación, tabaquismo y drogadicción, parece una contradicción por un lado aumenta la conciencia y la oferta para los programas de actividad física como medio de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, pero de otra parte la sociedad de consumo arremete contra la comunidad con sus propuestas de bienestar y facilismos que solo llevan a incrementar los riesgos antes enunciados .

En este contexto es necesario establecer, cuál es realmente el impacto social y la influencia en el bienestar social que estos programas de actividad física y salud tienen realmente sobre la sociedad civil.

Cómo se puede incidir en la construcción de propuestas pertinentes con una perspectiva poblacional, teniendo en cuenta su cultura, anhelos, determinantes sociales, realidades económicas y sociales.

Un análisis del entorno físico, que incluya los conceptos de urbanismo, analizando la dimensión territorial, elemento fundamental en la creación de estilos de vida saludable.

Determinar desde el enfoque de derechos cómo se puede garantizar el acceso libre y democrático a la actividad física, sin privilegios, con un portafolio de servicios que favorezca la inclusión social.

Con estos elementos, perspectiva poblacional, enfoque de derechos y dimensión territorial, podemos determinar el impacto social y la incidencia de los programas de actividad física en el bienestar social de la población, fin último del estado de derecho.

La pregunta entonces, es cómo llevar a cabo esta investigación incluyendo los enunciados anteriores, cómo determinar la eficacia de los programas y la pertinencia o no de los mismos, mediante la interpretación de la cultura corporal de la población.

Para responder a lo anterior se ha determinado hacer una investigación etnográfica de los programas de actividad física en los municipios del Departamento de Antioquia, realizando un estudio del programa POR SU SALUD MUEVASE PUES, para determinar las actitudes, percepciones y prácticas corporales de los usuarios adultos de este programa, de tal manera que una vez conocidas e interpretadas estas variables se puedan establecer recomendaciones pertinentes y realizables, determinar los elementos para la construcción de una política pública, generar procesos de evaluación permanente de los programas de actividad física y salud y establecer recomendaciones para una mejor atención a los usuarios y por supuesto un trabajo enfocado al cumplimiento de los objetivos de los programas.

La presente investigación pretende interpretar y hacer descripción de la cultura corporal de los usuarios del programa, teniendo en cuenta los ambientes físico, intrapersonal, social y cultural, además de la políticas existentes en salud e infraestructura.

3. OBJETIVOS

General:

Interpretar las actitudes, percepciones y prácticas corporales de la población usuaria adulta de programas institucionales de actividad física en las 9 subregiones de Antioquia, con el fin de aportar lineamientos conceptuales con base en evidencias para los diseños de programas de actividad física de las diferentes instituciones que intervienen en el área.

Específicos:

- ❖ Identificar las percepciones frente a la práctica sistemática de la actividad física de los usuarios de estos programas en las subregiones.
- ❖ Determinar las actitudes de usuarios de las nueve subregiones frente a la actividad física
- ❖ Describir las prácticas corporales de usuarios en las nueve subregiones de Antioquia
- ❖ Establecer relaciones entre los diferentes contextos y grupos poblacionales en relación con la actividad física.
- ❖ Interpretar comprensivamente la cultura corporal de los usuarios de los programas de actividad física en las 9 subregiones de Antioquia.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 SOPORTE

La conciencia sobre la importancia de promover la salud en el mundo, se ha venido desarrollando en las últimas décadas a partir de la promulgación de las cartas y declaraciones de las conferencias internacionales organizadas por las Naciones Unidas, en asocio con la Organización Mundial de la Salud.

La humanidad ha experimentado cambios en su comportamiento, ha pasado a ser sedentaria en gran proporción; en América Latina, entre el 30 y 60% de la población se ve afectada por este fenómeno (OPS, 2006). La salud se ve afectada pues se han incrementado hábitos poco saludables, hay más de 1 billón de personas con sobrepeso y al menos 300 millones son obesos (OMS) con la consecuencia del surgimiento de enfermedades crónicas, mala alimentación y un incremento considerable en el consumo de sustancias psicoactivas, situación que ha originado grandes costos en la atención en salud, ha causado un número significativo de muertes (Schaller, 2005) y se prevé un aumento de proporciones incalculables, si no se toman los correctivos necesarios (OPS, 2006).

Como indica el Banco Mundial (2006, p.31-115), tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, la mayor causa de morbilidad y mortalidad a nivel global, son las enfermedades cardiovasculares, generadas por factores de riesgo como la inactividad física, hábitos alimentarios inadecuados y el tabaquismo. Sumándose a ellos enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, la hipertensión, la obesidad, el cáncer, entre otras, de las cuales se estima (OMS, 2002) que 7.1 millones de muertes son atribuibles a la presión alta, 4.4 millones al colesterol alto y 2.6 millones al sobrepeso, lo cual representa un problema de salud pública, propiciado en gran medida por el estilo de vida inactivo (OMS, 2003), por lo que se recomienda desde diferentes organizaciones mundiales, nacionales y regionales educar en torno al tema de la prevención en salud, realizar cambios en las políticas públicas y en la infraestructura urbana, teniendo en cuenta los factores sociales, económicos y culturales de cada región (Sallis, 2002; Pratt, 2004; Ommundsen, 2006; Schaller, 2005).

Diferentes estudios epidemiológicos, sustentan los beneficios que tiene la actividad física en la prevención y tratamiento de diferentes enfermedades tales como la obesidad, la diabetes, el cáncer, la osteoporosis y desordenes mentales (USDHHS, 1996), además de su importancia en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes (Zapata, 2007).

Desde hace algunos años, diversas instituciones en el mundo, vienen trabajando en pos de una población más sana y activa físicamente. La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM), el

Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros organismos internacionales en Europa, Asia, Australia y Latinoamérica, vienen trabajando con miras al desarrollo de programas de masificación y concientización de la actividad física (Pate, 1995).

4.1.1 SOPORTE INTERNACIONAL

Declaración de Alma – Ata.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

En el año de 1978, se lleva a cabo la Conferencia Internacional sobre atención primaria en salud, en la cual se insta a los gobiernos, a la Organización Mundial de la Salud, a la UNICEF, a otras organizaciones internacionales, a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria en salud y dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo. La conferencia exhorta a todas las entidades mencionadas a colaborar en el establecimiento, desarrollo y mantenimiento de la atención primaria en salud, buscando alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000, mediante una mejor y más completa utilización de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destinaba a armamento y conflictos militares, realidad que no ha cambiado y ocurre en la actualidad. Con esta declaración se da inicio a un movimiento en torno a la promoción de la salud, el cual ha ido tomando fuerza con el tiempo.

Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud

1. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 17 a 21 de noviembre de 1986. Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública.

La concepción de la promoción y la protección de la salud de la OMS, se ha desarrollado con mayor énfasis a partir de una serie de conferencias y declaraciones sobre el tema; la primera se realizó en 1986 y se conoce con el nombre de la carta de Ottawa. La conferencia iba dirigida a la consecución del objetivo “Salud para todos en el año 2000” y destaca la importancia que tienen los alimentos, la vivienda, el acceso a los servicios básicos de agua potable y saneamiento, la educación, las oportunidades de empleo, así como un ecosistema

estable y recursos sostenibles. La carta de Ottawa exige un compromiso político claro con la salud y la equidad, en respuesta a la brecha de salud que existe entre diversas sociedades o en su interior. La salud y su mantenimiento deben reconocerse como una inversión social y un reto importante.

La noción de promoción de la salud expuesta en la Carta de Ottawa es un concepto positivo de la salud como fuente de riqueza en la vida diaria. Un componente crucial para su éxito es lograr que la población participe y modifique conductas y estilos de vida nocivos para la salud, y así reducir los riesgos y desarrollar un sentido de responsabilidad compartida con los servicios de salud. La carta hace de la promoción de la salud una tarea intersectorial que incluye educación, información, comunicación social, legislación, establecimiento de normas, organización, participación de la población y esfuerzos para reorientar los servicios de salud.

La carta identifica cinco áreas de acción (OMS, 1986):

- Formulación de políticas públicas que promuevan la salud en todos los sectores y niveles de la sociedad.
- Creación de ambientes de apoyo tanto en sus dimensiones físicas, como sociales y fortalecimiento del sistema de apoyo social de la comunidad.
- Fortalecimiento de las acciones comunitarias y de la participación de la gente en las decisiones y las acciones de promoción de la salud, aprovechando los recursos humanos y dándoles un mayor sentido de su propio valor.
- Desarrollo de las aptitudes personales para tomar decisiones y soportar presiones.
- Reorientación de los servicios de salud, para hacer mayor hincapié en la promoción y las posibilidades que ofrecen las instituciones de atención sanitaria como lugares adecuados para la promoción de la salud.

2. Recomendaciones de Adelaida (1988): Políticas públicas favorables a la salud.

La conferencia de Adelaida (Australia) sobre políticas públicas en pro de la salud tuvo como objetivo estudiar las estrategias para poner en práctica la primera de las cinco áreas de acción de la carta de Ottawa y la forma de comprometer a los países para la implantación inmediata en los diferentes niveles de gobierno.

La conferencia propuso cuatro áreas de acción (OMS, 1988):

- Apoyar la salud de las mujeres

- Permitir que las personas tengan acceso a la alimentación y nutrición saludables.
- Reducir el cultivo del tabaco y su producción, comercialización y consumo del alcohol.
- Crear ambientes de apoyo.

La declaración de esta conferencia definió la política pública saludable como “la que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable” y planteó la necesidad de pedir cuentas a los que formulan las políticas públicas sobre el impacto que se genera en la salud.

3. Declaración de Sundsvall (1991). Entornos propicios para la salud.

La conferencia de Sundsvall, realizada en Suecia, en 1991 abordó la segunda de las cinco áreas de acción de la carta de Ottawa, creación de ambientes de apoyo en el más completo sentido social, político, económico, cultural y físico. El empoderamiento de las personas y la participación comunitaria son esenciales para lograr un enfoque democrático de promoción de la salud y constituye la fuerza motriz para la autosuficiencia y el desarrollo.

La conferencia (OMS, 1991) identificó cuatro estrategias claves de acción en el terreno de la salud pública, con miras a promover la creación de ambientes de apoyo a nivel de la comunidad:

- Fortalecimiento de la defensa de la salud mediante la participación comunitaria, en particular mediante grupos organizados por mujeres.
- Permitir que las comunidades y los individuos tomen el control de su salud y del medio ambiente mediante la educación y el empoderamiento.
- Formación de alianzas para la salud y de ambientes de apoyo para fortalecer la cooperación entre la salud y las campañas y estrategias en favor del medio ambiente
- Actuar como mediador entre intereses opuestos en la sociedad, para así asegurar el acceso equitativo a los ambientes de apoyo para la salud.

Se destaca la interdependencia entre la salud y el ambiente, en sus diferentes dimensiones: físicas, culturales, económicas y políticas.

4. Declaración de Yakarta (1997). Nueva era, nuevos actores: adaptar la promoción de la salud al siglo XXI.

La 4ª Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud, organizada en Yakarta, es la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud. Es

considerada la segunda gran conferencia internacional de promoción de la salud después de Ottawa. Ofrece una oportunidad para reflexionar sobre lo aprendido con respecto a la promoción de salud, reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar los derroteros y estrategias necesarias para resolver las dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI.

Las prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI, son:

- Promover la responsabilidad social por la salud
- Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud
- Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud
- Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo
- Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud

Además se establecen, mediante una alianza mundial, las prioridades de acción para la promoción de la salud. Las prioridades para la alianza comprenden:

- Crear conciencia de la variabilidad de los factores determinantes de la salud
- Apoyar el establecimiento de actividades de colaboración y de redes de desarrollo de la salud
- Movilizar recursos para la promoción de la salud
- Acumular conocimientos sobre prácticas adecuadas
- Permitir el aprendizaje compartido
- Promover la solidaridad en la acción
- Fomentar la transparencia y la responsabilidad ante el público en la promoción de la salud.

De igual modo, enfatizó sobre la movilización de sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas.

5. Conferencia de México (2000). Hacia una mayor equidad.

Centra la atención en demostrar la manera en que las estrategias de promoción de la salud añaden valor a la eficacia de las políticas, los programas y los proyectos de salud y desarrollo, particularmente los que intentan mejorar la salud y la calidad de la vida de las personas que viven en circunstancias adversas. Además le da alta prioridad a la salud en el programa de desarrollo de los organismos internacionales, nacionales y locales y fomenta vínculos de asociación en pro de la salud entre diferentes sectores en todos los niveles de la sociedad.

Se presentan 6 informes técnicos en la conferencia, realizados por expertos en ciencias sociales y de la salud. A cada tema de la conferencia corresponde un informe:

- Promoción de la responsabilidad social en materia de salud: avances, desafíos pendientes y perspectiva
- Inversión para la salud
- Ampliar la capacidad y el fortalecimiento de las comunidades para la promoción de la salud
- La infraestructura para promover la salud: el arte de lo posible
- Reforzar la base científica para la promoción de la salud
- Reorientación de los sistemas y servicios de salud

6. Carta de Bangkok (2005). Para la promoción de la salud en un mundo globalizado.

Se establecen medidas, compromisos y promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud.

Como aspecto fundamental, se establece que las políticas y alianzas destinadas a empoderar las comunidades, mejorar la igualdad y la salud, deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional.

La carta de Bangkok se dirige a las personas, los grupos y las organizaciones, cuya intervención es crucial para el logro de la salud, en particular:

- Gobiernos y políticos a todos los niveles
- La sociedad civil
- El sector privado
- Las organizaciones internacionales
- La comunidad de salud pública.

La conferencia (OMS, 2005) establece cuatro compromisos clave para que la promoción de la salud sea una realidad:

- Componente primordial de la agenda de desarrollo mundial
- Responsabilidad esencial de todo el gobierno
- Objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil
- Requisito de las buenas prácticas empresariales.

Los participantes en esta conferencia hacen un llamamiento a la acción al solicitar a la Organización Mundial de la Salud y a sus estados miembros que, en colaboración con otros, destinen recursos a la promoción de la salud, inicien planes de acción y vigilen sus resultados mediante indicadores y metas apropiados, y que informen con regularidad sobre los progresos realizados. Se pide a las organizaciones de las Naciones Unidas que estudien los beneficios que reportaría el desarrollo de un Tratado Mundial en pro de la Salud.

Estos documentos, numerosos artículos, libros y resoluciones en torno a la promoción de la salud, constituyen un amplio potencial con el que se cuenta para tal fin en la actualidad; sin embargo, la brecha de ejecución es muy amplia, por eso se debe pasar a desarrollar políticas y alianzas para la acción en todas las instancias públicas y privadas, individuales y sociales, que permitan una mejora sustancial en la promoción de la salud y por consiguiente en la calidad de vida de los individuos.

La promoción de la salud y la Organización Mundial de la Salud.

El concepto de promoción de la salud ha evolucionado como una estrategia para la protección y la mejora de la salud pública, con iniciativas y acciones colectivas e individuales. La meta, “Salud para Todos”, se pretende alcanzar impulsando acciones comunitarias con estilos de vida saludable, buscando las condiciones para llevar una vida sana. Esto implica, sensibilizar y capacitar a las personas con los conocimientos y las aptitudes necesarias para una vida saludable. Para ello es necesario influir en las planificaciones para formular políticas y programas públicos de apoyo a la salud, pero esas políticas y programas, exigen un respaldo decidido de la sociedad. Una población que conoce sus derechos y responsabilidades, apoyado por la voluntad política y la toma de conciencia a todos los niveles del gobierno, puede hacer que la “Salud para todos” sea una realidad.

Estrategia Mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud GSDPAH (2004).

El objetivo general de la GSDPAH es guiar el desarrollo de un medio ambiente de apoyo que sustente acciones a niveles individuales, comunitarios, nacionales, regionales y mundiales, y como resultado obtener una disminución en la morbilidad y mortalidad prematura asociada con la inactividad física. En la GSDPAH hay cuatro objetivos principales y se describe un grupo de principios para establecer una acción con el fin de ayudar al desarrollo de estrategias regionales y nacionales

1. Reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles que provienen de la inactividad física y otros estilos de vida adversos.
2. Aumentar la conciencia general y el entendimiento de las influencias beneficiosas de la actividad física y otros aspectos de un estilo de vida apropiado
3. Fomentar la implementación, el desarrollo y fortalecimiento de políticas mundiales, regionales, nacionales y comunitarias y planes de acción que aumenten la actividad física y otros aspectos de estilos de vida personales en

formas que sean integrales, sostenibles, y comprometer activamente a la sociedad civil, el sector privado y los medios de comunicación

4. Monitorear las influencias claves sobre la actividad física y otros aspectos de estilo de vida personal; apoyar la investigación en un amplio espectro de áreas pertinentes, incluyendo la evaluación de intervenciones y reforzar los recursos humanos que se necesitan en este ámbito.

La tarea de cambiar los patrones actuales de actividad física requiere los esfuerzos combinados de muchos, y se reconoce que debe mantenerse este esfuerzo durante varias décadas. En la GSDPAH, por lo tanto, se describen roles y responsabilidades, en los que se entregan detalles considerables de cómo combinar una acción sólida y eficaz a niveles locales, regionales, nacionales y mundiales, con un monitoreo y una evaluación necesarios. Se presentan roles clave para la OMS, donde se incluyen: liderazgo, entrega de pautas, normas, estándares y recomendaciones basadas en pruebas; disseminación de información; fortalecimiento de políticas regionales e internacionales; apoyo de implementación por Estados miembros y promoción de evaluación e investigación.

Los objetivos del milenio (2000).

En el año 2000 se realizó una reunión sin precedentes, 189 jefes de Estado determinaron los ocho objetivos del milenio en una declaración de las Naciones Unidas, con el propósito de alcanzar en el 2015 una sustancial reducción de la pobreza, el hambre, la mala salud, la inequidad de género, la falta de educación, la falta de acceso al agua limpia y la degradación del medio ambiente.

La formulación de los objetivos del milenio en el área de salud es un referente importante, porque determina la importancia que los países, especialmente los desarrollados, le dan al bienestar de sus habitantes. El director general de la Organización Mundial de la Salud en ese entonces, Dr. Lee Jong Wook, afirmaba que “el mejoramiento de la salud es esencial para que se adelante hacia el logro de los demás objetivos de desarrollo del milenio” (OMS, 2006)

La promoción de la salud, tiene una considerable importancia en esta declaración; tres de los ocho objetivos, ocho de las dieciséis metas, dieciocho de cuarenta y ocho indicadores se relacionan con la salud; sin embargo, faltan aspectos importantes por considerar, como el tema de los sistemas de salud eficientes en los países subdesarrollados; estos objetivos se deben entender como una síntesis de los principales problemas que agobian a la población y complementar la acción con programas que abarquen la salud en toda su dimensión.

Una mirada de los principales resultados esperados es la siguiente:

- Reducción de la mortalidad materna asociada al parto

- Aumento de la supervivencia infantil durante los primeros años de vida
- Lucha contra la catástrofe que conlleva el VIH/SIDA
- Garantía de acceso a los medicamentos que salvan vidas
- Mejoramiento de la salud en todas sus formas, contribución muy importante para la reducción de la pobreza

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, presentan una visión del desarrollo centrada en la salud y la educación. Desde su adopción, nadie ha podido decir que el desarrollo se refiera solamente al crecimiento económico. En este contexto, se debe mirar con especial cuidado el resultado sobre el mejoramiento de la salud en todas sus formas, para adelantar programas orientados no solo a la atención de casos clínicos, sino también enfocar las acciones a los programas de protección y promoción de la salud, con el cual se promueve el bienestar por medio de la actividad física.

Naciones Unidas

En la resolución A/res/60/9 de 2006 aprobada por la asamblea general de este organismo mundial, se tiene en cuenta el deporte como medio para promover la educación, la salud, el desarrollo y la paz; resalta el deporte y la educación física como una actividad para toda la vida, que constituye una herramienta importante para la salud y el desarrollo físico, así como para adquirir los valores necesarios para la cohesión social y el diálogo intercultural. Además, reconoce en el deporte y la educación física oportunidades de solidaridad y cooperación, lo cual fomenta la tolerancia, una cultura de paz, la igualdad social y de género, una respuesta adecuada a las necesidades especiales de las personas con discapacidad, el diálogo y la armonía, por lo tanto se pide al Secretario General que dé al plan de actividades la más amplia difusión posible entre los Estados Miembros, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones relacionadas con el deporte y la educación física, para hacer realidad las posibilidades del deporte como instrumento para el desarrollo y la paz.

Redes internacionales para promover la actividad física: Red de Actividad Física de las Américas RAFA y Agita Mundo

Como resultado del impacto positivo del programa Agita Sao Paulo en el Estado de Sao Paulo y por todo el país, desde 1998, han comenzado a surgir iniciativas similares en otros países y, posteriormente, se han consolidado en una red internacional para promover la actividad física y se han convertido en el nexo coordinador para las redes nacionales participantes. La Red de Actividad Física de las Américas RAFA es un buen ejemplo del esfuerzo colectivo hecho por las asociaciones, sociedades y coaliciones estratégicas establecidas que trabajan para combatir estilos de vida sedentarios. En la región RAFA se ha consolidado como red de redes y busca fomentar la práctica de actividad física en las Américas

con un mínimo de estructura burocrática, mientras que al mismo tiempo impulsa la acción, inclusión, simplicidad y flexibilidad.

Sus principios son:

- Ser una red inclusiva que incorpora instituciones privadas y públicas nacionales e internacionales
- Enfocarse en programas de investigación y de salud pública para beneficiar comunidades y pueblos enteros
- Promover el intercambio de experiencias y conocimientos
- Promover un medio ambiente que mejore el desarrollo de recursos humanos entre profesionales de la salud que trabajan en el área de la actividad física y la prevención de estilos de vida sedentarios

Se han promovido numerosos programas nacionales y locales en el marco de RAFA:

Argentina: A Moverse Argentina, Argentina en Movimiento y Salí a Moverte

Bolivia: Muévete Bolivia

Colombia, que lanzó la Red Colombiana de Actividad Física, Por su salud, Muévase Pues, Muévete Bogotá, Risaralda Activa, Actívate Pereira, Buga en Movimiento, Guajira Activa, Madrúgale a la Salud (Cartagena), Palpita/Vibra Quindío, Cauca Activa, Cundinamarca Activa y Positiva, Boyacá Activa, Colombia Activa y Saludable, Cali en Movimiento, A Moverse y Huila Activa y Saludable.

Costa Rica: Movámonos Costa Rica

Ecuador: A Moverse Ecuador

México: Programa Nacional de Actividad Física

Perú: Muévete Perú

Venezuela: Venezuela en Movimiento.

Basadas en la naturaleza y el alcance de actividades desarrolladas por cada programa, las redes nacionales en los diferentes países han comenzado también a formar sociedades y a desarrollar estrategias de trabajo en conjunto de manera muy similar, como lo ha hecho el Programa Agita Sao Paulo desde sus inicios.

La Alianza Mundial para la Actividad Física GAPA

Es necesaria una respuesta basada en la sinergia de instituciones y programas de actividad física. En una reunión reciente con ONGs internacionales, principales grupos de investigación, centros para el estudio de la actividad física y empresas comerciales, se ha manifestado voluntad y disposición para tomar medidas.

Un primer paso ha sido el desarrollo de la Alianza Mundial para la Actividad Física GAPA, establecida para la coordinación estratégica y estímulo a las acciones

desarrolladas por ONGs internacionales y nacionales para ayudar a que los países comiencen o aumenten sus esfuerzos para abordar el tema de la actividad física, en el amplio proyecto de prevención de enfermedades no transmisibles y promoción de la salud.

GAPA proveerá acceso a la mejor información sobre qué hacer y cómo hacerlo a través de las recomendaciones de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud GSDPAH. Un grupo coordinador central buscará apoyo financiero y socios, coordinará los grupos de trabajo, establecerá objetivos a largo plazo y apoyará el proyecto de actividad física. En general, se concibe que GAPA entregará una voz mundial unificada y sólida para la actividad física. Los productos de los grupos de trabajo se harán ampliamente disponibles para facilitar la acción dentro de la actual oportunidad que ofrece la GSDPAH de la OMS.

Sector privado, público y sociedad civil

Es clave el apoyo que ofrezcan las asociaciones internacionales, las entidades del gobierno, las entidades privadas y, en general, diferentes asociaciones de profesionales, a las iniciativas de actividad física. Se necesita trabajo coordinado y políticas integradas entre las organizaciones de las Naciones Unidas (FAO, UNICEF, OIT, FMI, PNUD, UNESCO, OMC), que pueden desempeñar un papel fundamental, al fortalecer y promocionar desde cada una de sus entidades las políticas, los recursos, la investigación y demás estrategias intersectoriales que permitan la promoción de la actividad física.

El papel de la sociedad civil y las ONG es especialmente importante para influenciar la conducta de individuos, organizaciones e instituciones. Se reconoce al sector privado como un asociado potencial en la promoción de la actividad física dado que muchas empresas operan a nivel mundial. Todos los minoristas, fabricantes de productos deportivos, negocios de recreación y publicidad, seguros, compañías bancarias y farmacéuticas, además de los medios de comunicación tienen roles influyentes como empleadores responsables y defensores de estilos de vida sano. Pueden hacerse contribuciones a través de asociaciones con gobiernos, ONGs y sociedad civil que ayuden en la implementación de programas, uso de mensajes congruentes y positivos y la promoción de la actividad física de acuerdo con estándares nacionales e internacionales (Bull, 2006).

4.1.2 SOPORTE NACIONAL

Colombia y la promoción de la salud

En 1992 se realiza en Bogotá la Conferencia Internacional Sobre Promoción de la Salud; la reunión otorgó un mayor sentido de urgencia de los conceptos de

desarrollo, igualdad, concertación, sociedad civil y participación de todos los sectores, las culturas, los sexos y los recursos para el logro de la salud.

La primera conferencia internacional sobre promoción de la salud, celebrada en una región en desarrollo, destaca la relación entre salud y desarrollo y la necesidad de solidaridad e igualdad social para su logro. Todavía hay sectores importantes de la población que carecen de los medios para satisfacer sus necesidades básicas, se requiere de nuevos enfoques para la promoción de la salud pública en su lucha contra las desigualdades, las enfermedades del atraso producto de la pobreza y las enfermedades más recientes propias de la urbanización y la industrialización. La participación popular en la modificación de la salud y en las condiciones de vida, mediante la creación de una cultura para la salud, es un componente vital de la promoción de salud. La información y la educación son cruciales para modificar los estilos de vida de las comunidades. La conferencia invita a la concertación entre todos los sectores sociales y las instituciones para mejorar el bienestar y fomentar la transferencia del gasto social a las organizaciones de la sociedad civil.

De otro lado, COLDEPORTES Nacional, incluye en “Deporte para todos”, lo concerniente a una gran variedad de formas organizadas y no organizadas de actividades con ejercicios físicos y prácticas deportivas, en donde la libertad, el juego espontáneo, el placer del movimiento, el descanso, la adquisición de la forma física, la disminución en la tensión física y psíquica, son de gran importancia. Con el Plan Nacional del Deporte, específicamente con “Deportes para todos”, se busca mejorar la calidad de vida, mediante el mejoramiento de la salud, el equilibrio físico, moral y psicológico, la lucha contra el uso de sustancias psicoactivas, entre otros.

4. 1.3 SOPORTE REGIONAL

El Plan de Desarrollo “Antioquia Nueva, un hogar para la vida”

Para orientar los procesos de desarrollo y con el ánimo de impulsar el proyecto ético político iniciado en la administración anterior, "Una Antioquia Nueva 2001-2003" recoge la Visión al 2020, las orientaciones de PLANEA, la Asamblea Constituyente de Antioquia ACA, y el Plan Nacional de Desarrollo "Hacia un Estado Comunitario".

Desde tiempo atrás, la sociedad antioqueña está construyendo un proceso colectivo de región, cuyo primer paso se dio con la formulación de la Visión, definida como "En el 2020, Antioquia será la mejor esquina de América, justa, pacífica, educada, pujante y en armonía con la naturaleza". Los objetivos de la

Visión son: Evaluar las potencialidades como región, definir las oportunidades frente al mundo globalizado, crear una fuerza indeclinable y unida como región hacia un mismo norte y desatar un proceso de formación y participación ciudadana orientado a la construcción colectiva de futuro.

De PLANEA, que busca establecer referentes para un desarrollo de largo plazo en el departamento, se toman las cuatro líneas estratégicas:

- Integrar y articular territorialmente a Antioquia
- Promover el cambio para un desarrollo humano integral equitativo y sostenible
- Revitalizar la economía antioqueña y construir el tejido social
- Impulsar el desarrollo local regional a través de los emprendimientos.

Otro referente esencial de este Plan es el Plan Nacional de Desarrollo, "Hacia un Estado Comunitario 2003-2006", en sus cuatro grandes objetivos:

- Brindar seguridad democrática
- Impulsar el crecimiento económico sostenible y la generación de empleo
- Construir equidad social
- Incrementar la transparencia y eficiencia del Estado.

Así, esta administración busca una coherencia sistémica entre lo nacional y lo departamental.

Las líneas estratégicas que permitirán hacer realidad la Visión, constituyen la carta de navegación para orientar las políticas y acciones de los diferentes actores en Antioquia. Es por esto que el gobierno departamental en su Plan de Desarrollo acoge las cuatro líneas estratégicas propuestas por PLANEA, y las complementa con una quinta:

- Hacia una paz incluyente y participativa

producto del proceso de participación y movilización ciudadana desarrollado por la administración anterior a través del Plan Congruente de Paz.

El programa de gobierno de Aníbal Gaviria Correa, "Antioquia Nueva, un hogar para la vida", se presenta como un proyecto ético-político. Ello significa que no se reduce a la sola dimensión política, sino que se ve a sí mismo como un proyecto que reconoce su dimensión moral, asume la responsabilidad inherente y da cuenta de las decisiones que acompañan este quehacer.

Las líneas estratégicas del plan son:

- Integrar y articular territorialmente a Antioquia
- Promover el cambio para un desarrollo humano integral, equitativo y sostenible
- Revitalización de la economía antioqueña
- Construcción de tejido social
- Hacia una paz incluyente y participativa

El objeto de estudio se encuentra ubicado en la Línea 2, “para elevar de manera equitativa y permanente la calidad de vida de las personas” (Gobernación de Antioquia, 2004), buscando el mejoramiento continuo en la satisfacción, tanto de las necesidades humanas fundamentales - educación, salud, nutrición, seguridad, vivienda, recreación y justicia - como de las asociadas con el desarrollo personal y social.

A través de la cultura, el deporte y la recreación, se busca contribuir al desarrollo individual y colectivo, facilitando el acceso de la población a la creación artística y cultural, al disfrute y uso creativo del patrimonio, a la conservación de la memoria colectiva, al diálogo cultural, así como el impulso a la práctica deportiva y recreativa, al deporte de alto rendimiento y al logro de una mejor articulación de la institucionalidad sectorial. En el Objetivo 5 de esta línea estratégica se plantea “Lograr una adecuada valoración y apropiación de la recreación, la educación física y el deporte, como factores que contribuyen al desarrollo humano integral”, y en sus metas se encuentra de forma específica lo concerniente a los hábitos de vida saludable y a la promoción de la salud, por medio de la práctica de la actividad física.

4.2 CONTEXTO REGIONAL: ANTIOQUIA: DESCRIPCIÓN DE LAS SUBREGIONES

El territorio antioqueño se halla localizado en latitudes bajas, muy cerca a la línea ecuatorial, aspecto que lo coloca bajo la influencia de la constante radiación solar y de la acción de la zona intertropical de convergencia. Además tiene una gran riqueza paisajística. El fenómeno de la colonización ha hecho que se presente una hibridación, ya que los antioqueños han asimilado parte de las características folclóricas y costumbristas de las costas Pacífica y Caribe y de la región andina. A su vez, han extendido su área de influencia cultural a las regiones circundantes, de manera particular a las que fueron objeto de su colonización en el siglo XIX¹.

¹ Ver detalles en la guía multimedia ANTIOQUIA TODA N° 1, de la Gobernación de Antioquia.

Extensión y Límites

El Departamento de Antioquia tiene una extensión de 63.612 Km². Está Distribuido en 9 subregiones, con un total de 125 municipios.



MEDIO NATURAL

El territorio del departamento de Antioquia es básicamente montañoso (85%).

Con relación al resto del país, Antioquia ocupa el séptimo lugar en extensión, con el 6% del total nacional, después de Amazonas, Vichada, Caquetá, Meta, Guainía y Vaupés.

De la extensión total del Departamento, 17.955 Km² (28.2%) pertenecen a la región del Pacífico, de la que hacen parte los municipios de Apartadó, Arboletes, Chigorodó, Dabeiba, Frontino, Murindó, Mutatá, Necoclí, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Turbo y Urrao.

A la región del Caribe corresponden 15.641 Km² (24.6%), teniendo en cuenta a los municipios de Anorí, Cáceres, Caucaasia, Remedios, Segovia, Valdivia, Zaragoza. El resto, 30.016 Km² (47.2%) pertenecen a la región andina.

ANTIOQUIA POR SUBREGIONES

SUBREGIÓN BAJO CAUCA

Municipios que conforman la Subregión

Caucaasia, Nechí, Cáceres, Tarazá, El Bagre, Zaragoza.

Aspectos demográficos

El Bajo Cauca es la segunda región más poblada del Departamento de Antioquia después del Valle de Aburrá. La mayor concentración se encuentra en el área

urbana (66%), mientras que en el área rural vive el 34% de la población, con excepción del municipio de Cáceres que tiene una población urbana del 27% y rural del 73%. Esta característica tiene que ver con el auge aurífero, ya que la población se concentra en los centros urbanos para favorecer la comercialización del oro.



Los niveles de vida de la región son los más bajos del departamento, hay carencia de alcantarillado, energía rural y desarrollo vial.

Caucasia tiene uno de los niveles más altos de pobreza de Antioquia.

El segundo renglón de importancia económica lo constituye la ganadería. La agricultura se ha desarrollado al nivel de subsistencia, en pequeñas parcelas con cultivos de maíz, plátano, yuca. Hay una agricultura comercial de sorgo y arroz en Nechí, Zaragoza, El Bagre y Tarazá.

SUBREGIÓN NORTE

Municipios que conforman la Subregión

En el altiplano: Angostura, Belmira, Carolina del Príncipe, Don Matías, Entreríos, Gómez Plata, San José de la Montaña, San Pedro de los Milagros, Santa Rosa de Osos, Yarumal.



En la vertiente del río Cauca: Briceño, Campamento, Guadalupe, Ituango, San Andrés de Cuerquia, Toledo, Valdivia.

La población Norte de Antioquia equivale al 4.8% de la población total de Antioquia (Planeación Departamental 1997). Siendo las cabeceras municipales las más densamente pobladas.

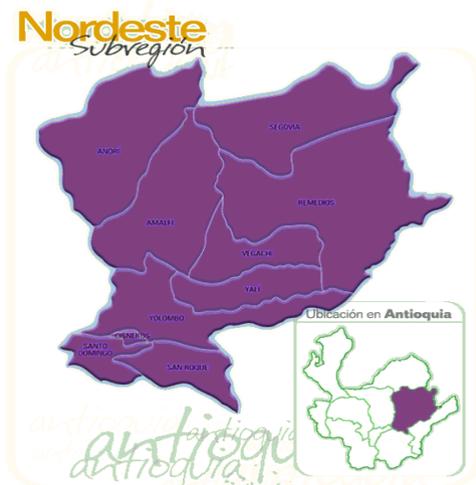
Economía

En los estudios de la gobernación de Antioquia se indica que el 38% de las tierras de la subregión se dedican a la agricultura, el 50% a los pastos con tendencia a la ganadería y el 29.3% son bosques.

SUBREGIÓN NORDESTE

Municipios que conforman la subregión

Amalfi, Anorí, Cisneros, Remedios, San Roque, Santo Domingo, Segovia, Vegachí, Yalí, Yolombó.



Economía

La minería es una fuente de riqueza en el nordeste; algunos municipios tienen minas de aluvión y de veta, lo cual ha afectado el medio ambiente, generando problemas ambientales tales como erosión de suelos, contaminación por mercurio y cianuro, sedimentación de los ríos.

SUBREGIÓN SUROESTE

Municipios que conforman la Subregión:

Amagá, Andes, Angelópolis, Betania, Betulia, Caicedo, Caramanta, Ciudad Bolívar, Concordia, Fredonia, Hispania, Jardín, Jericó, La Pintada, Montebello, Pueblo Rico, Salgar, Santa Bárbara, Támesis, Tarso, Titiribí, Urrao, Valparaíso y Venecia.



Hasta mediados del siglo XX, fue la región más poblada de Antioquia, debido a la producción cafetera y toda la economía campesina ligada a este producto.

Esta producción ha posibilitado que en época de bonanza cafetera se tengan los mejores niveles de vida del Departamento, pero igualmente en los momentos de caída del precio, la proliferación de la roya y la broca se han

visto afectados de manera más radical que los municipios con producción un poco más diversificada.

Los nuevos complejos viales han expulsado un gran número de propietarios campesinos a través del proceso de comercialización de la tierra con fines recreativos, lo cual ha cambiado la vocación de los suelos.

La actividad turística se ha fomentado en los últimos años, convirtiendo las fincas cafeteras en hoteles y, en municipios como Jardín, las mismas casas del casco urbano, lo cual ha generado empleos.

SUBREGIÓN OCCIDENTE

Municipios que conforman la Subregión:

Anzá, Armenia, Buriticá, Ebéjico, Heliconia, Liborina, Olaya, Sabanalarga, San Jerónimo, Santafé de Antioquia, Sopetrán, Abriaquí, Cañasgordas, Dabeiba, Frontino, Giraldo, Peque, Uramita.

Economía

Las principales actividades productivas del occidente son: la ganadería de doble propósito, el cultivo de frutas, fríjol, lulo, café, maíz, plátano, la explotación de la madera, la minería, industrias avícolas y la industria turística.

La industria del turismo en Municipios como Sopetrán, San Jerónimo, Santafé de Antioquia, ha desplazado a los cultivadores de frutas, debido a la venta de parcelas para fincas recreativas; en estos tres municipios se ha construido una infraestructura hotelera, hostales, clubes, y hosterías, con posibilidades de impulsar el turismo ecológico e histórico.



SUBREGIÓN ORIENTE

Aspectos Geográficos

El oriente antioqueño tiene una extensión de 7.021 Km². Tiene una gran riqueza hídrica que la ha convertido en la mayor productora de energía de Colombia.

Municipios que conforman la Subregión

Abejorral, Alejandría, Argelia, Cocorná, Concepción, El Carmen de Viboral, El Peñol, El Retiro, El Santuario, Granada, Guarne, Guatapé, La Ceja, La Unión, Marinilla, Nariño, Rionegro, San Carlos, San Francisco, San Luis, San Rafael, San Vicente, Sonsón.



En la actualidad estas mismas zonas padecen el enfrentamiento armado en forma cruel por parte de guerrilla y paramilitares, generando éxodos a las cabeceras municipales y a los grandes centros urbanos como Medellín y Rionegro. Igualmente el oriente antioqueño padece la constante presión de los grupos armados que pretenden controlar la vía Medellín - Bogotá.

La construcción de los embalses atrajo un número grande de población que se ubicó en las cabeceras de los municipios y de mano de obra campesina desplazada por la inundación de los terrenos antes dedicados a la agricultura.

SUBREGIÓN MAGDALENA MEDIO

Esta región situada al oriente de Antioquia, en la franja que limita con el río Magdalena. Tiene una extensión de 4.777 Km², ocupa el 7.6% de la extensión total del Departamento



Municipios que conforman la Subregión

Caracolí, Maceo, Puerto Berrío, Puerto Nare, Puerto Triunfo, Yondó.

Aspectos Demográficos

Esta región es una de las más pequeñas del departamento, cuenta con una población aproximada de 85.000 habitantes que viven sobre todo en la zona rural, exceptuando a Puerto Berrío que tiene una alta concentración poblacional en su cabecera.

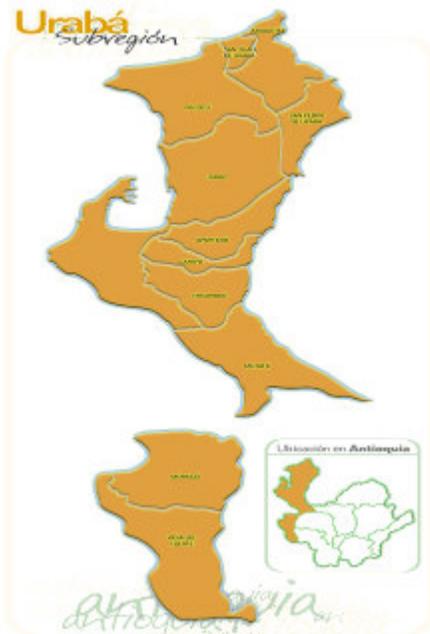
Economía

El eje fundamental de la economía del Magdalena Medio es la ganadería extensiva. En Yondó hay explotación petrolera.

SUBREGIÓN URABÁ

Aspectos Geográficos

Urabá se ubica en la esquina del noroeste de Colombia y de América del Sur sobre el mar Caribe. La región tiene una extensión aproximada de 11.664 Km², con selva húmeda tropical y la cadena montañosa andina (Cordillera Occidental y Central).



Municipios que conforman la Subregión

Arboletes, Apartadó, Carepa, Chigorodó, Mutatá, Murindó, Necoclí, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Vigía del Fuerte, Turbo.

Aspectos Demográficos

Para 1951 el Urabá antioqueño tenía 18.886 habitantes, en la década de los ochenta contaba con 200.000 habitantes aproximadamente, en 1990 con 339.390 y en 1993 alcanza 370.000 (García, 1996). En cuarenta y dos años la población del Urabá antioqueño ha crecido 19 veces.

La economía

Las cifras macroeconómicas muestran que el banano en Urabá ha ganado un lugar destacado en la economía nacional. Al crecimiento de la producción bananera se asocian los desarrollos de servicios, comercio y una incipiente industria manufacturera.

El turismo en las zonas costeras ha cobrado importancia y ha permitido generar empleos en los hoteles y restaurantes de estos sitios.

SUBREGIÓN ÁREA METROPOLITANA



El **Área Metropolitana de Medellín** (oficialmente *Área Metropolitana del Valle de Aburrá*) tiene como núcleo a Medellín (capital del Departamento) y los otros miembros son (de sur a norte): Caldas, La Estrella, Sabaneta, Envigado, Itagüí, Bello, Copacabana, Girardota y Barbosa.

El Área Metropolitana se asienta en el Valle de Aburrá, a una altitud promedio de 1.538 msnm; está atravesada de sur a norte por el río Medellín, que nace en el municipio de Caldas, al sur, y toma el nombre de Río Porce en el municipio de Barbosa, al norte,.

Según información del DANE, 2005, en el Área Metropolitana hay 3'266.636 habitantes; es donde se concentra la mayor parte de la población antioqueña.

4.3 CONCEPTOS BASE

4.3.1 ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física tradicionalmente ha tenido como objetivo la rehabilitación, el manejo de enfermedades y la forma de obtener un mejor rendimiento humano. Sin embargo, la actividad física, el ejercicio y el deporte son importantes medios para la prevención y promoción de la salud física y mental, y facilitan la adquisición de hábitos saludables.

La actividad física generalmente se ha considerado desde una dimensión biológica. La OMS la define como cualquier movimiento corporal realizado con los músculos esqueléticos, que conlleva asociado un gasto de energía. Pero más allá de su dimensión biológica, las actividades físicas están impregnadas de una dimensión socio – cultural evidente en las prácticas sociales, pues se realiza por las personas en interacción con otros, otros grupos sociales y el entorno (Devís, 2000).

La actividad física, es una práctica humana que está presente en el trabajo, la escuela, el tiempo libre o las tareas cotidianas y familiares, y desde la infancia a la vejez, existe en la motricidad cotidiana.

Por lo tanto, para este estudio se adopta una definición integral: la actividad física es cualquier movimiento corporal intencional, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta de un gasto de energía y en una experiencia personal, y además nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea (Devís, 2000). Se adopta entonces una concepción más holística, en dónde se tiene en cuenta una dimensión biológica, una dimensión personal y una dimensión socio-cultural de la actividad física.

4.3.2 MOTRICIDAD Y CONSTRUCCION DE TEJIDO SOCIAL

Para lograr una adecuada intervención desde la motricidad, teniendo como fin último el desarrollo humano, se debe pensar en la construcción de tejido social; se debe contar con los otros para la definición de sus necesidades de actividad física, de motricidad, se debe comprender la realidad desde el contexto a intervenir y así generar procesos de indagación, reflexión y transformación al interior de la comunidad, mediante el empoderamiento como una forma de organización democrática, en donde se puede construir y develar nuevas prácticas, a través de la capacidad y el conocimiento de los sujetos en su vida cotidiana, siendo parte activa en la construcción de políticas públicas y poder generar así un proyecto colectivo y ético de sociedad frente a la motricidad, específicamente la actividad física en sus diferentes manifestaciones.

En esta perspectiva del desarrollo humano, cabe anotar que los profesionales en el área de la motricidad humana nos acercamos constantemente al ámbito de lo cultural y debemos estar alerta para rescatarla del consumismo y hacerla visible, en especial cuando se está al frente de proyectos comunitarios que fomenten la inclusión y participación en procesos de carácter local; la autogestión de las comunidades en los proyectos con los que pueden beneficiarse, es la manera más fácil y acertada de lograr la vigencia de programas que se fortalezcan y trasciendan a las esferas de la inclusión, la equidad, el género y la cultura.

Para lograrlo, las comunidades deben contar con asesoría, capacitación, apoyo económico y social, además de mecanismos de autocontrol que le permitan verificar sus avances y corregir las fallas.

4.3.3 ACTITUDES

Los problemas propios de la vida en sociedad, nos hacen adoptar determinadas posturas frente a diversos objetos de la realidad; por ejemplo, la pena de muerte,

la legalización del aborto, el calentamiento global, la eutanasia o la obligatoriedad del servicio militar. Podemos estar a favor o en contra de ellos, o bien no tomar postura hasta que surge un conflicto que nos obliga a fijar una actitud concreta. También se puede cambiar el modo de ver el problema por diversas causas.

La psicología social estudia estos fenómenos como un campo de problemas relativo a las actitudes. A través de varias décadas se ha propuesto una multitud de definiciones sobre las actitudes; entre ellas, se ha seleccionado la que realizan algunos psicólogos sociales, para una mayor aproximación al tema de estudio.

Moscovici define la actitud como “una disposición interna del individuo, respecto a un objeto”. Si bien existen disposiciones temporales, específicas de situaciones particulares, este término se reserva a un estado relativamente estable de una situación a otra; “una actitud es adquirida... tiene algo que ver con todo lo que evoca el objeto: afectos, juicios, intenciones de acción y acciones” (Moscovici, 1991).

Para Santrock, las actitudes son “creencias y opiniones con respecto a objetos, personas, grupos, sucesos, comunicaciones y símbolos de significado social” (Santrock, 2004). De otro lado, Cook y Selltiz (1964) consideran que la actitud “es una disposición fundamental que interviene en la determinación de las creencias, sentimientos y acciones de aproximación – evitación del individuo con respecto a un objeto”.

En las diferentes definiciones sobre actitud, hay puntos de acuerdo en sus características:

- Es una predisposición a responder a un objeto y no la conducta hacia él
- Es aprendida, al igual que otras actividades internas aprendidas,
- Es persistente, lo que no significa que sea inmutable; sin embargo, se requiere gran presión para poder alterarla o cambiarla,
- Produce consistencia en las manifestaciones conductuales, ya sean expresiones verbales, emocionales o de aproximación – evitación
- Tiene una cualidad direccional, es decir, posee una característica motivacional de preferencia, rechazo o neutralidad.

Estas caracterizaciones de la actitud, sugieren ser parte de la actividad interna de mediación que opera entre las mayorías de las estructuras de situaciones y conductas. La familia, los amigos y la experiencia personal van conformando lo que los psicólogos llaman actitudes individuales, mientras que la cultura, las costumbres, el lenguaje y el trabajo conforman las actitudes sociales.

La mayoría de psicólogos sociales consideran que las actitudes son el resultado de una combinación de tres componentes; entre ellos, Katz y Stotland (1959),

Krech y colaboradores (1962) y Breckler (1984), sostienen que una actitud posee tres componentes, el cognoscitivo, el afectivo y el conductual.

- El componente *cognoscitivo* tiene que ver con los pensamientos, juicios o creencias que se tienen con relación al objeto de la actitud.
- El componente *afectivo* se refiere a las emociones o sentimientos acerca del objeto de la actitud, que generalmente expresamos a través de adjetivos bipolares como, gusto – disgusto, admiración – desprecio, etc.
- El componente *conductual* hace referencia a la acción o conducta llevada a cabo con relación al objeto de la actitud.

Así, se puede afirmar que las actitudes están asociadas con creencias, emociones y conductas. A veces, existe consistencia entre los tres componentes, por ejemplo es posible que una persona odie fumar, piense que no es saludable y no lo haga. Sin embargo, en ocasiones las personas dicen una cosa y hacen otra, por ejemplo una persona sabe que le hace daño fumar, y a pesar de ello, fuma y le gusta. El filósofo John Locke, afirmó que “las acciones del hombre son las mejores intérpretes de sus pensamientos”.

Las principales teorías que explican el cambio de actitud, sostienen que la percepción coherente de sí mismo es una necesidad básica de los seres humanos. En este marco, el psicólogo León Festinger (1957), plantea que las cogniciones son “las cosas que una persona sabe acerca de sí misma, de su conducta y de su medio circundante”. Cuando una persona mantiene simultáneamente dos cogniciones inconsistentes desde el punto de vista psicológico, experimentará un estado negativo que se llama *disonancia cognitiva*. En referencia a la motivación individual para reducir el malestar generado por dos conceptos y / o actitudes opuestas o contradictorias.

De acuerdo con esta teoría, es probable que nos sintamos incómodos cuando tenemos que justificar nuestra diferencia entre lo que creemos y lo que hacemos. Ante esta situación, podemos ajustar nuestro comportamiento o nuestros pensamientos para restablecer la consistencia y reducir así la disonancia. La disonancia es definida como un estado negativo de incomodidad o tensión psicológica, que provoca la necesidad de reducir la discrepancia a fin de recobrar la percepción coherente de sí mismo. Se puede reducir la disonancia cognitiva de dos maneras, al cambiar las actitudes o al cambiar el comportamiento. Al continuar con el ejemplo, el fumador sabe que fumar es dañino y aún así parece que no puede resistirlo; esto le genera cierta incomodidad. Para reducir dicha disonancia se propone dejar de fumar, o decide que fumar no es realmente malo.

Las actitudes, se adquieren en el seno de las interacciones sociales y pueden modificarse por causa de múltiples factores que interactúan en la sociedad. Uno de ellos es la información que se recibe permanentemente de diversas maneras,

directa o indirectamente. A través de esta información, el individuo se pone en contacto con opiniones y posturas diferentes, y conoce lo que piensan los demás con respecto a distintos objetos o situaciones de la realidad. Muchas veces, esa información tiene efectos sobre las actitudes de las personas.

Es constante la dedicación que existe en la sociedad por modificar actitudes y persuadir a las personas para que hagan determinadas cosas, por ejemplo, que las personas dejen de fumar y que realicen más actividad física, entre otras. Aunque muchas variables influyen en el cambio de actitudes, su explicación puede darse en función de cuatro factores principales: confianza en el emisor (fuente), en el mensaje (comunicación), los medios de comunicación (medio) y en la situación (audiencia).

Al analizar las categorías y resultados de los estudios sobre a las actitudes, se puede concluir que una comunicación persuasiva permite la posibilidad de adoptar cambios de actitudes en los individuos y las comunidades frente a la actividad física.

4.3.4 PERCEPCIONES

En la vida cotidiana se suele conceder más importancia a los procesos psicológicos superiores (aprendizaje, lenguaje, pensamiento y otros similares) que a los inferiores (sensación, percepción y atención). Ello obedece a que estos últimos suelen estar subordinados a los primeros. Sin embargo, la actividad perceptiva o atencional se enmarca en actividades más complejas (Carretero, 2002). En cualquier organismo, humano o animal, la actividad psicológica es un flujo continuo que, en general, comienza en la sensación y la percepción y termina en una representación, conocimiento o comportamiento. Es decir, la acción o conocimiento del organismo habitualmente consiste en un devenir sin cortes. Cuando se percibe una información nueva, el individuo realiza una interpretación que depende de lo que recuerda, piensa o de cómo aplique sus habilidades intelectuales.

Para Santrock (2004) la percepción es el “proceso de organizar e interpretar información sensorial para darle significado”. Con relación a esta y otras definiciones consultadas sobre la percepción, es pertinente analizar cómo se ha ido transformando el paradigma perceptual.

Las posturas *empiristas* entienden que la percepción depende de la experiencia o familiaridad que la persona tenga con el medio en el que vive. El ser humano, sería según estas posiciones, una tabla rasa que percibiría las cosas según sus

experiencias anteriores. Esta postura ha recibido tradicionalmente la influencia de los filósofos empiristas, como David Hume, John Locke y otros.

Las teorías *innatistas* sostienen que la percepción de los seres humanos está muy influida por factores que tienen que ver con la herencia genética de la especie: por lo tanto, estaría predeterminado lo que se puede percibir y el cómo. Algunas posiciones de gran importancia y tradición en psicología son las de la escuela alemana de la Gestalt, la cual ha desarrollado gran cantidad de estudios experimentales sobre la percepción en Alemania, en las décadas de 1920 y 1930.

Estos teóricos definen percepción como el estudio de la experiencia directa y estructurada de la realidad exterior; para ellos, el sistema perceptual agrupa y organiza los estímulos tomando en cuenta criterios como “proximidad” y “similitud”. Es importante mencionar que la mayor parte de los estudios gestaltistas, utilizan tiempos de exposición cortos y se indica a los sujetos que se guíen por la primera impresión, ya que con este procedimiento se trata de aislar el proceso perceptual.

Las teorías *constructivistas o las interaccionistas* afirman que la percepción es básicamente un proceso interactivo entre dos factores, los innatos o internos, que dependen de factores biológicos y los aprendidos o externos. Entre las investigaciones de esta línea se encuentran las del neurólogo y psicólogo chileno Humberto Maturana sobre el funcionamiento perceptivo de la salamandra² y las de Jean Piaget sobre el desarrollo de las ilusiones perceptivas en los niños de diferentes edades. Según estas teorías, la actividad perceptiva no puede separarse de los esquemas de conocimiento³ que se forman a lo largo de la vida.

En la actualidad, los teóricos *sensoriales*, que consideran la percepción desde el punto de vista del procesamiento de la información, piensan que la experiencia perceptiva es el resultado final de una cadena. En esta existen distintos niveles encargados de detectar características específicas del estímulo, de incorporarlas al sistema y de combinarlas con información previamente almacenada.

Neisser (1976), se suma a este movimiento y asume una preocupación ecológica; define la percepción como un ciclo perceptivo formado por dos etapas: una

² “uno de los ojos de la salamandra era desprendido de la cuenca, cortando para ello el nervio óptico, girado en 180° y vuelto a implantar, de modo que las conexiones en el nervio se recuperaran y el animal recuperara la capacidad de ver. El resultado de esta operación es sorprendente: la salamandra, que con anterioridad a la intervención era capaz de atrapar un insecto puesto delante de ella al lanzar su lengua con precisión y rapidez en esa dirección, ahora, al presentársele un insecto en la misma posición relativa (delante de su cabeza) lanzaba su lengua con igual presteza, pero ¡hacia atrás!. Si la salamandra ve el insecto ¿por qué equivoca el lanzamiento de su lengua? ¿Está respondiendo efectivamente al estímulo externo o su conducta debe ser explicada como una respuesta a otra forma de perturbación?...” Rosas, 2000.

³ Los esquemas son unidades organizadas de conocimiento almacenadas en la memoria, que dirigen la actividad exploratoria de la persona (a qué atiende, a dónde dirige su mirada, qué percibe). A su vez, esa actividad modifica los esquemas que se aplican al acto perceptivo.

preatentiva, de detección y análisis, y otra de construcción perceptual. Para Neisser, percibir es una construcción del sujeto que deriva de la relación establecida entre el presente y el pasado y que depende de la habilidad y experiencia del perceptor para manejar dicha relación. Por tanto, la percepción es un proceso abierto que in-forma tanto como transforma al perceptor en su confrontación con el mundo.

Bruner (1983), considera que la percepción implica un acto de categorización en el cual el perceptor selecciona constantemente la información que le permita realizar hipótesis con valor adaptativo. La postura de Bruner tiene como principio básico la interdependencia del sistema perceptivo con el resto de los sistemas psicológicos; por tanto, la percepción no es el resultado exclusivo de la actividad de órganos especializados y de estímulos específicos, sino que también intervienen factores motivacionales, sociales y de la experiencia.

Finalmente, Leyton (1999) propone considerar la percepción como una forma de memoria; es decir, la percepción es un medio de inferencia del pasado causal. Para Leyton “solo se puede tener acceso a las leyes de la percepción si se supone que el ambiente forma parte del pasado”.

4.3.5 PRÁCTICAS CORPORALES

“Las prácticas corporales atestiguan cambios profundos de costumbres, de relaciones de poder, de modos de vivir, pueden así mismo, ser comprendidas como una imagen más sensible del conflicto entre civilización y deseo, como trazo más visible de la interconexión entre naturaleza y cultura”

Carmen Lúcia Soares

Las gestualidades que constituyen las más diversas prácticas corporales que atraviesan épocas, continentes y culturas, merecen una mirada detenida, y no solo ser apreciadas como una expresión técnica de una práctica que se generaliza en nuestro medio, tal como el deporte, la educación física, la recreación, la actividad física, el ejercicio, etc. Se debe mirar a las prácticas corporales como una expresión de la cultura y como un proceso histórico que deviene en una nueva configuración de la vida en sociedad. Como una expresión del sujeto, en una sociedad que cambia constantemente. Por ello parece imprescindible recuperar una noción de práctica, donde, superando la tradición empirista, esté incorporada la cuestión de lo social, la reflexión desde una ética que no suspenda la idea de emancipación del quehacer técnico-instrumental.

En cuanto a las prácticas corporales, a través de la historia hemos pasado por diferentes momentos: en un momento fue la gimnasia, con movimientos artísticos de diferentes expresiones, desde el teatro, la danza y las artes plásticas, pasando por la música y el circo, luego se pasa a una gimnasia científica, más con fines militares e industriales, y en una época más reciente, las diferentes modalidades deportivas, desde las tradicionales, hasta las de aventura, pero todas con un fin único, realizar actividad física y salud, con diversión, en unas más representativo que en otras.

Para el presente estudio se tiene en cuenta el término expresiones motrices (Arboleda, 2004), el cual hace referencia a las diferentes manifestaciones de motricidad que tienen una variedad en la finalidad, ya sea estéticos, preventivos, de salud, lúdicos o de mantenimiento, entre otros, el cual incluye el deporte y otras prácticas corporales, como la danza y el teatro.

Tabla Nº 1 Categorías del objeto de estudio

C A T E G O R I A S	SUBCATEGORIAS	
	ACTITUDES	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cognoscitivo (Pensamientos, Juicios y Creencias) ❖ Afectivo (Emociones y sentimientos) ❖ Conductual (Acción y Conducta)
PERCEPCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Motivación ❖ Factor Social ❖ Experiencia 	
PRÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gustos ❖ Limitaciones ❖ Posibilidades de acceso - práctica 	

4.4 PROGRAMA “POR SU SALUD, MUÉVASE PUES”

Es un programa Institucional de INDEPORTES Antioquia y la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, dedicado a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la práctica de la actividad física en todos los municipios del Departamento de Antioquia, por medio del cual se brinda una opción de lucha contra el sedentarismo, el tabaquismo y la inadecuada alimentación.



Desde su inicio ha convocado a todos los sectores de la comunidad para que participen, motivando a toda la población antioqueña a hacer parte de los diferentes planes y programas de actividad física y recreación, y se tornen cada vez más activos físicamente, buscando combatir el sedentarismo y contrarrestar sus efectos negativos sobre la salud.

“Por su salud, muévase pues”, asesora y apoya, mediante visitas, capacitaciones y acompañamiento permanente en las diferentes actividades programadas por las partes, a los Entes Deportivos, a las Instituciones de Salud, a las Secretarías de Educación de los municipios del Departamento y, en general, a toda la población antioqueña. De igual forma se promueve la integración intersectorial e interinstitucional, para que las personas se comprometan con recursos técnicos, humanos, físicos y ambientales, con el fin de elevar el nivel de salud y lograr una mayor socialización de la comunidad, mediante las diferentes actividades físico – deportivas y de recreación.⁴

Mediante la utilización de cinco estrategias básicas, el grupo de trabajo del programa cumple con la labor de promocionar la salud en cada uno de los 125 municipios, optimizando el desarrollo de las actividades. Las estrategias son:

1. Capacitación

Por medio de la cual se actualiza y proporciona fundamentos teóricos y prácticos para difundir y promocionar la actividad física y la salud en sus municipios. Según la base de datos de INDEPORTES Antioquia, las personas que dirigen el

⁴ Datos suministrados por el Coordinador del Programa “Por su salud, muévase pues” y la base de datos de 2006, de INDEPORTES Antioquia y la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

programa son Licenciados en Educación Física (20%), Tecnólogos Deportivos (20%), Gerontólogos, Médicos y Fisioterapeutas (10%) y personal empírico (50%) en el desarrollo de las actividades físicas. Lo cual demuestra que a pesar de que el 50% es personal idóneo y profesional, falta capacitar a un gran número de líderes que trabajan en el tema de la actividad física, la recreación y el deporte en Antioquia.

2. Comunicación

En los programas de promoción de la salud se implementa la estrategia Información, Educación y Comunicación **IEC**. El programa “Por su salud, muévase pues” utiliza la comunicación como eje fundamental en su labor con los municipios del Departamento. Bien sea con el fin de aumentar el conocimiento o reforzarlo e influir sobre las actitudes o conductas de las personas, se utilizan los medios de comunicación, empleando información interesante y atractiva que dé por resultado estilos de vida saludable.

3. Centros de Promoción (Gimnasios)

Actualmente 125 municipios cuentan con la implementación para el funcionamiento de estos espacios educativos y de asesoría para la práctica de la actividad física de manera orientada y segura, que permiten a la población adquirir hábitos de vida sana y, ante todo, aprender que el ejercicio realizado adecuadamente previene muchas enfermedades y mejora sustancialmente la calidad de vida.

4. Creación de grupos de actividad física

Los grupos de actividad física son clubes organizados de personas, tanto hombres como mujeres, que se reúnen con el propósito común de realizar actividad física para mejorar y mantener la salud, la apariencia física, disminuir el estrés y socializar con otras personas.

5. Eventos

Programación y acompañamiento en diferentes eventos relacionados con la actividad física, con la intención de promocionar el programa e incentivar a las personas para que realicen actividad física

4.5 EL MODELO “MÓVIL” DE INTERVENCIÓN ECOLÓGICA

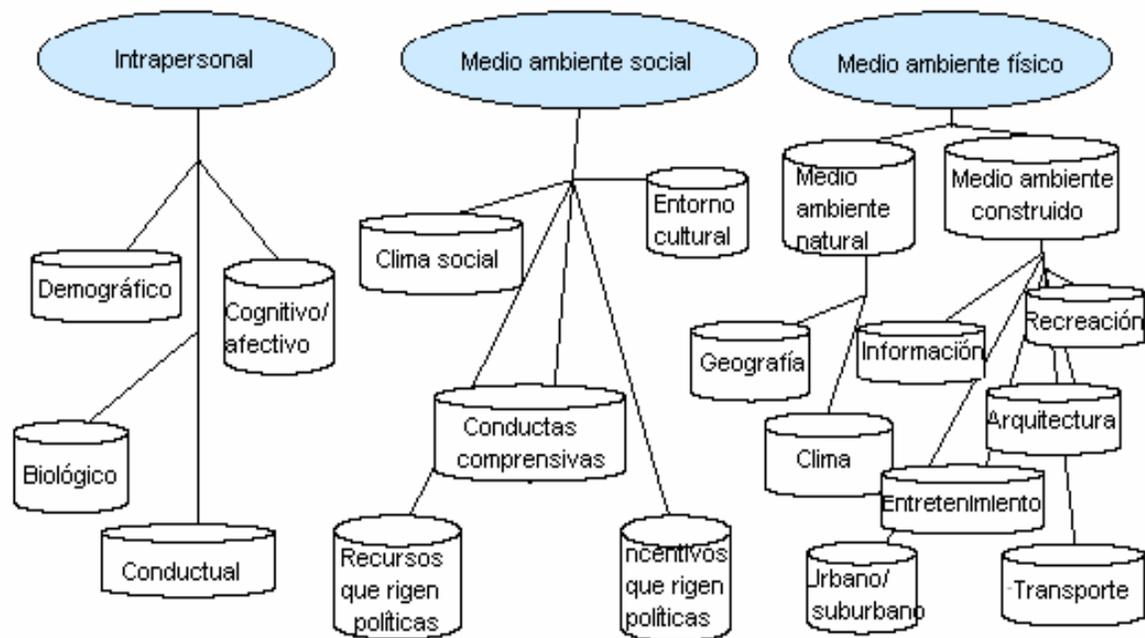
Uno de los componentes más innovadores del programa “Agita Sao Paulo”, que ha obtenido un merecido reconocimiento nacional e internacional, es la promoción de un cambio en la conducta para aumentar el nivel de actividad física de la

población. En el modelo “móvil” de intervención ecológica⁵ se utiliza como base una serie de determinantes interrelacionados de actividad física, como se propone en el modelo ecológico de Sallis y Owen (2002), el cual incluye la percepción del ambiente, los factores intrapersonales, el ambiente social y cultural, además de las políticas públicas en salud e infraestructura. Otros estudios (López, 2006) demuestran que existe una amplia relación entre la infraestructura de los diseños urbanos y el ambiente físico, como un factor fundamental en la adopción de estilos de vida saludable. De acuerdo con esta propuesta, los brasileños la adoptan con algunos cambios a su cultura y es una base del presente trabajo de investigación para identificar las actitudes, percepciones y prácticas de las personas de Antioquia en torno a la actividad física.

Esta propuesta tiene en cuenta los factores medioambientales físicos, intrapersonales y sociales, formando un modelo dinámico y tridimensional similar al de un móvil. Entre los factores *intrapersonales* se incluyen aspectos biológicos (género y edad), afectivos y demográficos, conocimiento y conducta, los que interactúan simultáneamente con aquellos del medio *ambiente social* (entorno social y cultural, disponibilidad de conductas comprensivas, recursos e incentivos que rigen políticas públicas) y el medio *ambiente físico* (medio ambiente natural, incluyendo clima y geografía; medio ambiente construido, incluyendo la arquitectura de casas y lugares de trabajo; transporte público, infraestructura, disponibilidad de fuentes recreativas), por lo cual se propone que las conductas son influenciadas por múltiples niveles de factores en constante interacción (Figura 1).

FIGURA 1. Modelo ecológico móvil para promover la actividad física desarrollado por el Programa Agita Sao Paulo donde se muestran múltiples dimensiones de influencia en la conducta

⁵ Modelo modificado y desarrollado por el Programa de actividad física “Agita Sao Paulo”, en manos de Victor Matsudo y Sandra Mahecha Matsudo.



Fuente: Matsudo y otros (2003).

Este modelo hace posible desarrollar intervenciones de cambio de conducta, basadas en una identificación de las variables específicas involucradas y un entendimiento de la relación entre ellas para la población de estudio.

5. METODOLOGÍA

Las diferentes esferas del desarrollo del ser humano, obligan a considerar las actitudes, percepciones y prácticas corporales del individuo como un elemento sustancial de la presente investigación, puesto que la actividad física tiene necesariamente una dimensión subjetiva; el ser humano determina la satisfacción por su práctica y el entorno socio - cultural le da un imaginario propio, por lo tanto es necesario considerar estos niveles de valoración. La concepción de la actividad física debe ser integradora y envolvente de las actitudes, percepciones y prácticas corporales del individuo y de la sociedad sobre el bienestar colectivo e individual que su práctica conlleva.

El estudio de las actitudes brinda un espacio muy amplio de acción, ya que es una disposición fundamental que interviene en la determinación de las creencias, sentimientos y acciones de aproximación – evitación del individuo con respecto a un objeto⁶.

Si se tiene en cuenta que la psicología social⁷, considera a las actitudes como el resultado de una combinación de tres componentes - el cognoscitivo, el afectivo y el conductual - para este estudio se tendrá como centro de análisis el conjunto de actitudes asociadas a creencias, emociones y conductas de las personas que realizan actividad física, teniendo como base el contexto socio cultural en el que se encuentran. Es necesario tener en cuenta esta consideración pues la investigación se realiza en 9 municipios de las 9 subregiones del Departamento de Antioquia, caracterizadas por diferencias ideológicas, culturales y geográficas.

De otro lado la percepción no se concibe en la actualidad como un procesamiento único de información, sino, por el contrario, como resultado final de una cadena. Para Neisser (1976) percibir es una construcción del sujeto, que deriva de la relación establecida entre el presente y el pasado y que depende de la habilidad y experiencia del perceptor para manejar dicha relación. Por tanto, la percepción, es un proceso abierto que in-forma tanto como transforma al perceptor en su confrontación con el mundo. Por lo anterior, la percepción, no es el resultado exclusivo de la actividad de órganos especializados y de estímulos específicos, sino que también intervienen factores motivacionales, sociales y de la experiencia, que, dado el propósito de este trabajo, se deben analizar en relación con lo que perciben las personas entorno a los programas y a la misma actividad física en sus municipios.

Las prácticas corporales, como referencia de las expresiones motrices, son asumidas como las diferentes manifestaciones de motricidad que las personas realizan con diferentes objetivos, sociales, recreativos, estéticos, preventivo, para el mantenimiento físico, como rehabilitación y biológicos, en cuanto a la salud, entre otros. En el presente estudio, se analiza las diferentes prácticas corporales que realizan los usuarios de programas de actividad física, identificando sus gustos, limitaciones y posibilidades de práctica en los diferentes contextos a intervenir.

La presente investigación tiene en cuenta los aspectos sociales, en los cuales el contexto y la cultura determinan los elementos para construir una concepción integradora de la actividad física. De esta forma, las actitudes, percepciones y prácticas corporales del sujeto y la comunidad se tienen en cuenta como factor determinante para el análisis y la elaboración de nuevos constructos, que emergen

⁶ Definición realizada por Cook y Selltiz sobre las actitudes en el año de 1964.

⁷ Katz y Stotland (1959), Krech y colaboradores (1962) y Breckler (1984)

de la participación activa y dinámica de la población objeto, en procesos de análisis, discusión y reflexión comunitaria.

Para el análisis, la concepción integradora considera los aspectos ambientales e intrapersonales socioculturales en dos dimensiones, el individuo y el entorno social.

Teniendo en cuenta que la presente investigación, se basa en lo que el ser humano cree, siente y hace con relación a la actividad física, se hace necesario construir una metodología integradora, que contemple ciencias humanas y sociales. Sus elementos son abiertos y consideran las grandes tendencias y los pequeños detalles, la pertenencia y la exclusión, la autonomía y la dependencia, las individualidades y las colectividades, la identidad y la alteridad, la actividad y el sedentarismo, los cuales están presentes en los sujetos y las comunidades; por lo tanto, se debe tener en cuenta el dato, pero su interpretación obedece al contexto en una mirada cualitativa.

El estudio se inscribe en la investigación etnográfica, ya que mediante la observación de lo que la gente hace, cómo se comporta y cómo interactúa, se describen sus creencias, valores, motivaciones, perspectivas y cómo pueden variar en diferentes momentos y circunstancias; se describen las múltiples formas de vida de los seres humanos (Cao, 1997).

Según la definición más específica de Agar (1980) y Hughes (1992), la etnografía es un proceso y un producto, donde hay algo de historia, además algo sobre los diferentes ambientes – físico, biológico y social- y “algún detalle sobre las cosas que el grupo hace y las creencias que sostiene”. En este caso se observa, describe, analiza e interpreta las formas de vida de los grupos sociales que constituyen los programas de actividad física “Por su salud, muévase pues” en las diferentes regiones de Antioquia.

El carácter etnográfico (Werner y Schoepfle, 1987) de esta investigación está dado pues porque se busca analizar, describir e interpretar las características relacionadas con las prácticas de actividad física en los diferentes grupos poblacionales objeto del estudio, es decir, se va a hacer un proceso de descripción de lo que la gente percibe, piensa y hace.

Según Boyle (1994), la etnografía tiene implícita cuatro características, las cuales se superponen e interrelacionan. Estas características son:

- a) La naturaleza contextual y holística
- b) El carácter reflexivo

c) El uso de datos emic y etic

d) El producto final que se llama Etnografía.

Según lo anterior, la naturaleza contextual y holística, sólo se puede comprender en el medio específico en el cual se realiza el estudio, en este caso la actividad física en los municipios. Lo más importante es que a las personas objeto de estudio se les contextualice de manera comprensiva y precisa en su medio ambiente local, cultural, social y físico, construyendo una hermenéutica de sus actitudes, percepciones y prácticas. Es reflexiva por lo que implica que el investigador es parte del mundo que estudia y es afectado por este; fenómeno se da en los municipios de Antioquia y su entorno sociocultural, produciendo teoría a partir de la naturaleza reflexiva de la experiencia etnográfica.

Es importante tener en cuenta las perspectivas Emic y Etic. La perspectiva Emic es la visión desde adentro de lo que sucede con los sujetos y por qué sucede, es básica para describir e interpretar de manera exacta las situaciones y los comportamientos que existen en torno a la práctica de la actividad física. La perspectiva Etic es la posición teórica que se trae desde afuera, las abstracciones de los investigadores y la explicación científica de la realidad. Ambas perspectivas son importantes para comprender, describir e interpretar con precisión situaciones y comportamientos. Es fundamental usar ambas perspectivas: recolectar los datos a partir de la perspectiva Emic de sus informantes y luego tratar de encontrarles sentido, en términos tanto de las perspectivas de los informantes como del propio análisis científico o Etic. Es decir, la diferencia entre lo que la gente dice y lo que en la realidad se hace.

Boyle (1994) clasifica las etnografías en:

- Etnografía holística o clásica
- Etnografía particularista o focalizada
- Etnografía interseccional
- Etnografía etnohistórica

Este estudio se inscribe en la Etnografía particularista o focalizada, ya que se aplica el enfoque etnográfico y holístico, de una forma contextualizada a una unidad social específica, como son los usuarios de los grupos de actividad física en los municipios de Antioquia.

Según Alvarado (1994), la investigación etnográfica, tiene tres fases principales:

- Fase descriptiva, donde se realiza la definición del área de estudio con sus respectivos interrogantes sustentados en los referentes conceptuales, luego

se diseñan los instrumentos de recolección de la información acorde con las categorías del objeto de estudio, que permitirán la construcción inicial de argumentos descriptivos, los cuales se confrontan con la información recolectada, propiciando una reestructuración de los supuestos iniciales.

- Fase interpretativa, en la cual se desarrolla una relación permanente entre las diferentes categorías del estudio y los argumentos descriptivos en relación con lo social y cultural, generando argumentos interpretativos los cuales son confrontados y replanteados con la comunidad académica y los actores sociales.
- Fase de construcción teórica, donde se construyen proposiciones teóricas.

La Etnografía aporta a la presente investigación la observación, la encuesta y las técnicas de trabajo con los grupos focales, métodos básicos para recoger la información y procesarla dentro del análisis e interpretación de la información.

La observación participante es la principal herramienta de trabajo de la etnografía; se utiliza para registrar las apreciaciones en la ficha etnográfica y el diario de campo, mediante notas descriptivas y personales, en donde se describe el Por qué, el Qué, Quién, Cuándo, Dónde y Cómo de los componentes del modelo ecológico de la Actividad Física. Este es un registro permanente y acumulativo de lo ocurrido durante la recolección de la información, en cada uno de los lugares objeto del estudio.

La Encuesta – Entrevista constituyen una forma de descubrir las percepciones, actitudes y prácticas de los sujetos y así mismo, de recolectar información sobre determinados sucesos o inconvenientes, pero es también un medio de estimular el flujo de datos. Estas se usan en enlace con otros métodos, y son afines a la observación participante.

Para complementar y comprobar la información obtenida se utilizó la técnica de los grupos focales, que proporciona información importante complementaria a la información recabada mediante la observación y en la encuesta. La técnica del grupo focal es especialmente útil en este estudio complejo, ya que se involucran niveles de sentimientos y experiencia. Esta técnica, con la guía adecuada, pretende describir abundantes detalles de las experiencias complejas y los razonamientos que impulsan las acciones, creencias, percepciones y actitudes con relación a la práctica de la actividad física en cada una de las regiones de Antioquia.

En general, la propuesta metodológica se acerca a una postura compleja, en torno a los enfoques de la investigación cualitativa, es decir, no se inscribe en un método de investigación único sino que se apoya en procesos diversos para la comprensión del fenómeno estudiado, partiendo de experiencias anteriores en investigación cualitativa del grupo de investigación Cultura Somática.

5.1 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se utilizan los siguientes instrumentos.

Observación Etnográfica: Implica el análisis y la síntesis, la actuación del sentido de la percepción y la interpretación de lo percibido, o sea, la capacidad para descomponer o identificar las partes de un todo y reunificarlas para construir ese todo, en torno a las actitudes, percepciones y prácticas corporales de la población objeto de estudio en las 9 subregiones del Departamento. Se tiene en cuenta en la observación las dimensiones de la Cultura Somática (Ideal estético, Sexualidad, Expresiones motrices y Salud, éste último es transversal en todo el estudio), observando los escenarios físicos, el contexto, las características de los participantes, su ubicación espacial, la secuencia de los sucesos, las interacciones y reacciones de los participantes frente a la actividad física, La higiene de la actividad física, entre otros aspectos. La observación podrá ser modificada si las exigencias y necesidades de la investigación así lo requieren. Ver anexo 1.

En la observación, se utiliza principalmente una ficha de observación etnográfica participante y el diario de campo, para reflejar las interacciones y actividades realizadas, en el momento e inmediatamente después de producirse los fenómenos, además se lleva un registro fotográfico de lo acontecido y algunos registros fílmicos.

Encuesta - Entrevista: Este instrumento se aplicó a toda la muestra, teniendo en cuenta las categorías y subcategorías designadas (ver tabla N° 1) a las actitudes, percepciones y prácticas corporales en relación con la actividad física, esto con el fin de recolectar información que sirva para complementar el trabajo realizado con la observación y los grupos focales. Se desarrolló inicialmente una encuesta, la cual tomó elementos característicos de la entrevista a profundidad, por las características de la población objeto de estudio, ya que la metodología fue totalmente dirigida, siendo necesario la aplicación sujeto por sujeto, por este motivo se adoptó el nombre de Encuesta – Entrevista. Ver anexo 2.

Grupo Focal: Este instrumento sirve para complementar la información recolectada con anterioridad, por medio de la recolección de experiencias personales y creencias relacionadas con el tema objeto de investigación. Cada grupo focal está conformado por 8 personas de la población objeto de estudio al azar, un hombre y una mujer de cada grupo étnico.

Los grupos focales se realizaron, con seis preguntas orientadoras que pretendían dar cuenta de las actitudes, percepciones y prácticas corporales que tenían los sujetos de la investigación frente a la actividad física en sus municipios..

Los grupos focales se realizaron en 6 subregiones, correspondiente a los municipios de Caldas, Cisneros, Carolina del Príncipe, San Vicente, El Bagre y Maceo, no se pudo realizar en las otras 3 subregiones, debido a inconvenientes logísticos y climáticos.

5.2 POBLACION Y MUESTRA

POBLACION

La población objeto de esta investigación (Ver tabla 2), la constituyen los hombres y mujeres usuarios de programas de actividad física en las 9 subregiones de Antioquia, distribuidos en cuatro grupos etáreos de la siguiente forma:

- Jóvenes (18 – 25 años)
- Adulto Joven (26 – 40 años)
- Adulto Intermedio (41 – 60 años)
- Adulto Mayor (>60 años)

En cuanto a los sujetos, el criterio de inclusión, fue el ser usuario de los Programas de actividad física que existe en cada municipio seleccionado, además de cumplir con el rango de edad para el estudio.

Las personas que participan del estudio deben residir en los siguientes municipios del Departamento de Antioquia: Caldas, San Vicente, Carolina del Príncipe, Ciudad Bolívar, Cisneros, Santa Fé de Antioquia, El Bagre, Apartadó y Maceo.

SUBREGION	MUNICIPIO	POBLACION TOTAL DEL MUNICIPIO **	USUARIOS DE ACTIVIDAD FÍSICA					TOTAL
			USUARIOS DEL PROGRAMA POR MUNICIPIO*	18-25	26-40	41-60	>60	
Valle de Aburrá	Caldas	68.157	960	10	10	10	10	40
Oriente	San Vicente	19.273	821	10	10	10	10	40
Norte	Carolina del Príncipe	3.929	175	10	10	10	10	40
Suroeste	Ciudad Bolívar	28.090	568	10	10	10	10	40
Nordeste	Cisneros	9.617	1810	10	10	10	10	40
Occidente	Santa Fé de Antioquia	22.858	280	10	10	10	10	40
Bajo Cauca	El Bagre	45.848	138	10	10	10	10	40
Urabá	Apartadó	134.572	1054	10	10	10	10	40
Magdalena Medio	Maceo	7.534	912	10	10	10	10	40
TOTAL	9			90	90	90	90	360

Tabla 2. Población

* Datos suministrados por el programa "Por su salud muévase pues" de 2006.

** Datos suministrados por el DANE de 2005.

MUESTRA

En cada municipio se toma una muestra intencionada de 40 personas, distribuidas en 5 hombres y 5 mujeres usuarios de programas de actividad física por cada grupo etáreo. El total de la muestra de los 9 municipios es de 360 personas, distribuidas en 180 mujeres y 180 hombres que representan los rangos de edad establecidos para la muestra.

Los criterios para escoger los municipios que hicieron parte del estudio fueron la disponibilidad administrativa y logística para apoyar el estudio, el compromiso en las acciones contra el sedentarismo y la disminución de las enfermedades crónicas transmisibles, por medio de la promoción de la salud mediante la práctica de la actividad física y el compromiso con el que vienen trabajando en torno al tema en cada municipio.

5.3 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

PRUEBA PILOTO

Se efectuó la prueba piloto en la subregión del Magdalena Medio, en el municipio de Puerto Berrío, con el fin de ajustar los instrumentos que se utilizaron posteriormente. Allí, se realizó una encuesta por sexo y grupo de edad del estudio, para un total de 8 encuestas, lo cual arrojó la necesidad de ajustar unas preguntas para mejorar el cuestionario y eliminar una pregunta, el cual fue necesario convertirlo en Encuesta – Entrevista, debido a las características socio – culturales de los participantes del estudio. Además se ajustó el instrumento de observación con cada una de las variables a analizar.

TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- Estandarización del personal de apoyo que acompañó en la recolección de los datos, estas personas fueron asesores del programa “Por su salud, muévase pues”, con título de Licenciados en Educación Física.
- Envío de correspondencia a los municipios.
- Trámites de viáticos del personal para cada viaje.
- Apoyo de las Instituciones y personas en cada municipio.
- Entrega de obsequios a los participantes (Caramañola, llavero y portavaso)
- Lugar de recolección de la información, el cual fue el Centro de Promoción de cada municipio, ya que en estos lugares se citaron las personas que hacen parte de los programas de actividad física. En algunos casos, fue necesario realizar la encuesta en las casas de algunas personas, las cuales manifestaron su dificultad de asistir durante la convocatoria realizada.
- La Observación etnográfica se efectuó en diferentes lugares de cada municipio, tales como, El Gimnasio, El Coliseo, Placas Deportivas, El Colegio, El Parque y/o Plaza principal.
- La práctica con los Grupos focales, se desarrolló algunos en las Casas de la Cultura, otros en el Gimnasio.

5.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se emplearon los siguientes procedimientos;

Interpretación etnográfica, a partir de la utilización de las encuestas - entrevistas, estableciendo categorías de análisis para las actitudes, percepciones y prácticas corporales. Además, se utilizó la información obtenida en el trabajo con los grupos focales, la cual se consignó en registros que se hicieron en la dinámica de grupos. Este trabajo etnográfico se complementó con el apoyo de métodos estadísticos, logrando obtener así, un análisis complejo de los datos obtenidos, mediante una descripción, interpretación y enlace de la información obtenida tanto cuantitativa con cualitativamente.

Para el análisis estadístico se utilizaron los software SPSS versión 15.0 , Microsoft Excel y el Microsoft Word, con los cuales se producen consecutivamente las tablas de frecuencia para cada una de las preguntas de interés, teniendo en cuenta las categorías de análisis y las tablas cruzadas con el fin de dar cumplimiento a cada uno de los objetivos específicos de la investigación; una vez se obtuvieron estos resultados se trasladaron al Excel para producir porcentajes de frecuencia con un decimal y ajustar el título correspondiente a cada tabla y a continuación en el Word insertar en el informe final.

Las características de los participantes del presente estudio se describen en la tabla 3, teniendo en cuenta los grupos de edad y municipios investigados, tanto para hombres como mujeres, en la población de la investigación. Además una descripción sociodemográfica, teniendo en cuenta, el estrato socioeconómico, la ocupación y el estado civil, finalmente se describe el IMC (Índice de Masa Corporal) de la población.

Tabla 3, Características de los participantes del estudio

	Total (n = 337)		Mujeres (n = 177)		Hombres (n = 160)	
	n	%	n	%	n	%
Edad (Años)						
18 – 25	75	22.3	35	10.4	40	11.9
26 – 40	85	25.2	43	12.8	42	12.5
41 – 60	89	26.4	48	14.2	41	12.2
60	88	26.1	51	15.1	37	11.0
Municipios						
Apartadó	32	9.5	20	5.9	14	4.2
Bagre	33	9.8	18	5.3	15	4.5
Caldas	37	11.0	19	5.6	18	5.3
Carolina del Príncipe	39	11.6	20	5.9	19	5.6
Cisneros	40	11.9	21	6.2	19	5.6
Ciudad Bolívar	42	12.5	20	5.9	22	6.5
Maceo	35	10.4	20	5.9	15	4.5
San Vicente	39	11.6	19	5.6	20	5.9
Santa Fé de Antioquia	38	11.3	20	5.9	18	5.3
Estrato Social						
1	72	21.4	38	11.3	34	10.1
2	156	46.3	83	24.6	73	21.7
3	103	30.6	54	16.0	49	14.5
4	5	1.5	2	0.6	3	0.9
5	1	0.3	0	0	1	0.3
Ocupación						
Profesional	89	26.4	33	9.8	56	16.6
Ama de casa	118	35.0	112	33.2	6	1.8
Desempleado	21	6.2	2	0.6	19	5.6
Estudiante	40	11.9	14	4.2	26	7.7
Oficios Varios	63	18.7	13	3.9	50	14.9
No responde	6	1.8	4	1.1	2	0.6
Estado Civil						
Soltero	145	43.0	65	19.3	80	23.7
Casado	104	30.9	55	16.3	49	14.5
Separado	22	6.5	13	3.9	9	2.7
Viudo	33	9.8	24	7.1	9	2.7

Unión Libre	33	9.8	20	5.9	13	3.9
-------------	----	-----	----	-----	----	-----

Índice de Masa Corporal (kg/m2)

Menor que el normal (< 18.5)	12	3.6	9	2.7	3	0.9
Normal (18.5 - 24.9)	193	57.3	93	27.6	100	29.7
Sobrepeso (25.0 - 29.9)	104	30.9	54	16.0	50	14.8
Obesidad Grado I (30.0 - 34.9)	22	6.5	16	4.7	6	1.8
Obesidad Grado II (35.0 - 39.9)	4	1.2	3	0.9	1	0.3
Obesidad Grado III (40.0 o mayor)	2	0.6	2	0.6	0	0

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica		
Peso (Kg)	44	119	65.9	11.2		
Talla (Cm)	120.0	190	164.3	9.5		
IMC (Kg/m2)	14.2	41.9	24.5	4.0	24.95+4.56	23.97+3.3

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Los participantes en la investigación lo hicieron de manera voluntaria, mediante un consentimiento verbal. Se le explicó a los sujetos que en cualquier momento podrían retirarse de la investigación y además que la información recolectada sería anónima y solo se utilizaría para fines académicos.
- Los investigadores se comprometen a conservar el anonimato de los participantes.
- Los resultados de la investigación serán usados sólo con fines estrictamente académicos.
- Los resultados de la investigación le serán comunicados a los participantes una vez analizada la información.

5.5 RESULTADOS ESPERADOS

- Interpretación de la cultura corporal de los habitantes de las 9 regiones de Antioquia
- Caracterización de las prácticas corporales
- Elaboración de un diagnóstico general de la cultura corporal de los usuarios

6. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES							
	Dic.07	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.
Diseño y elaboración del proyecto	■							
Ajustes al proyecto		■						
Prueba piloto			■					
Ajuste a los instrumentos				■				
Trabajo de campo				■	■	■		
Interpretación							■	■
Redacción del documento							■	■
Informe final							■	■
Socialización								■

7. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

- Publicación de los resultados en la Revista del Instituto de Educación Física y la Revista de Medicina Deportiva de INDEPORTES Antioquia.
- Publicación en el boletín informativo de INDEPORTES Antioquia, para divulgación a nivel regional y nacional.
- Elaboración de programas radiales entorno a los resultados de la investigación, para ser reproducidas en las emisoras de los municipios.
- Participación en eventos académicos relacionados con la motricidad y el desarrollo humano: Seminarios subregionales de actividad física y salud, en las nueve subregiones del Departamento.
- Capacitación de líderes comunitarios y personal de salud

8. COMPROMISOS

- Dar a conocer a la comunidad educativa y a los municipios participantes los resultados de la investigación.
- Generar nuevas propuestas de investigación.
- Elaboración de material educativo.

9. PRESUPUESTO SEGÚN FORMATOS

PRESUPUESTO GLOBAL DEL PROYECTO

RUBROS	FUENTES			TOTAL
Proyecto de Investigación "Actitudes, percepciones y prácticas corporales..."	INDEPORTES	CODI	UDEA	
	\$33.548.000	0	0	
TOTAL	\$33.548.000			\$33.548.000

DESCRIPCIÓN DE VIAJES

DESCRIPCIÓN DEL VIAJE	LUGAR Y FECHA	COSTO			TOTAL
Visita, planeación y desarrollo de proyecto de investigación	9 subregiones del Departamento. Marzo. a Mayo de 2007	INDEPORTES	CODI	UDEA	
		\$9.968.000	0	0	
TOTAL		\$9.968.000			\$9.968.000

DESCRIPCIÓN DE MATERIAL FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL	JUSTIFICACION	COSTO	TOTAL
Papelería Correspondencia	Impresión copias cuestionario (400)	INDEPORTES CODI UDEA 1.080.000	
TOTAL		\$1.080.000	\$1.080.000

DESCRIPCIÓN DE PEQUEÑOS EQUIPOS

EQUIPO	JUSTIFICACIÓN	COSTO	TOTAL
Cámara Fotográfica filmadora	Registro de observación y descripción de las categorías de la investigación	INDEPORTES CODI UDEA \$ 1.000.000	
TOTAL		\$1.000.000	\$1.000.000

DESCRIPCIÓN DE PUBLICACIONES

DESCRIPCIÓN	JUSTIFICACION	COSTO	TOTAL
* Material educativo * Programa de radio	En la devolución de la información recolectada, se realizará una publicación en volante y Revista de Medicina, además de un programa de radio.	INDEPORTES CODI UDEA \$9.700.000	\$9.700.000
TOTAL		\$9.700.000	\$9.700.000

DESCRIPCIÓN DE RECURSO HUMANO

DESCRIPCIÓN	JUSTIFICACION	COSTO	TOTAL
* Estadístico * Digitadora	Es necesario este personal para el análisis estadístico y digitación de la información	INDEPORTES CODI UDEA \$4.800.000	\$4.800.000

10. ANALISIS Y RESULTADOS

10.1 ACTITUD HACIA LA ACTIVIDAD FÍSICA

Actividad Física en el trabajo	GRUPO DE EDAD				Total
	18-25	26-40	41-60	Mayor 60	
Sedentario	15 4.5%	13 3.9%	12 3.6%	19 5.6%	59 17.5%
Moderadamente Activo	34 10.1%	45 13.4%	52 15.4%	49 14.5%	180 53.4%
Muy Activo	26 7.7%	26 7.7%	25 7.4%	19 5.6%	96 28.5%
No Responde	0	1 0.3%	0	1 0.3%	2 0.6%
Total	75 22.3%	85 25.2%	89 26.4%	88 26.1%	337 100%

Tabla 4. Relación de la actividad física en el trabajo por grupos de edad.

Al relacionar la actividad física en el trabajo con los grupos de edad, se evidencia el mayor porcentaje de personas con trabajos activos en los rangos de 26-40 años y 41-60 años. Los jóvenes (18-25 años) y los adultos mayores de 60 años tienen labores más sedentarias; este resultado tiene sustento en las observaciones directas y los grupos focales. Los jóvenes aún no han empezado a laborar y se encuentran estudiando; los adultos mayores han terminado su ciclo productivo laboral o nunca han trabajado formalmente.

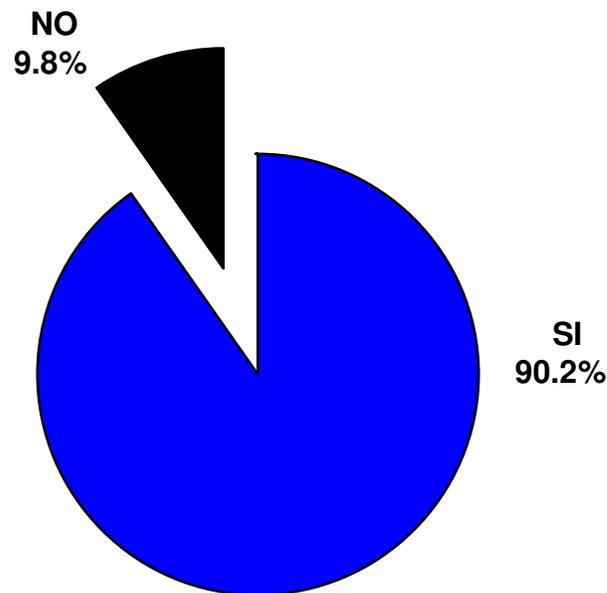


Gráfico 1. Formación – Educación sobre la práctica de la actividad física.

Al comparar los datos recolectados a través de los diferentes medios (encuestas – observación - grupo focal), se puede concluir que los usuarios de programas de formales de actividad física en Antioquia han recibido en su mayoría (90,2%) formación o educación sobre la práctica de la actividad física. El gimnasio de cada municipio es el principal educador y las instituciones educativas (escuela-colegio) el segundo (22,6%). En los grupos focales se pone de manifiesto la inadecuada o escasa formación que se imparte en la infancia y adolescencia, sobre la importancia de practicar actividad física de forma sistemática, como componente cognoscitivo base para generar un estilo de vida saludable en años posteriores.

Es de resaltar que de los 9 municipios investigados, solo 7 cuentan con un gimnasio, que es el que donó Indeportes a los municipios, a través del programa “Por su Salud, Muévase Pues”, como una estrategia más para que las personas se vuelvan activas físicamente.

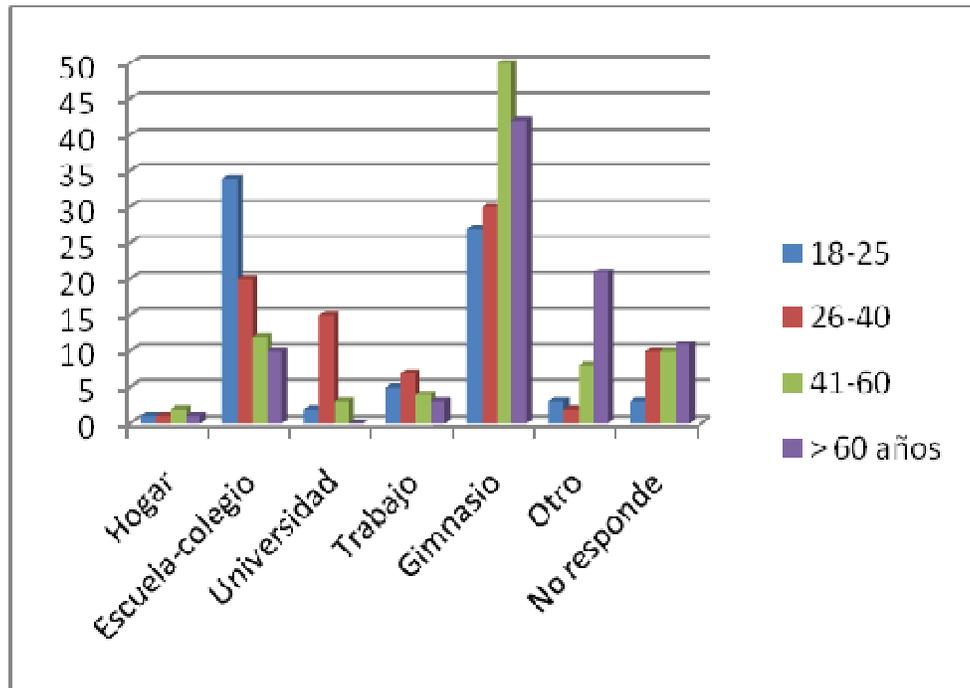


Gráfico 2. Lugar dónde ha recibido Formación – Educación sobre actividad física por grupo de edad.

Es importante resaltar que en la secundaria, la formación en el tema se ve incrementada gracias a que se cuenta con un profesor de educación física. Un participante masculino en un grupo focal describe el problema:

*“Los descansos en el colegio, todos son sentados o acostados... hasta en educación física les da pereza y sólo con 2 horas a la semana”
y agrega una joven:*

“¿sabe qué?... en la escuela no tienen personal capacitado para trabajar con los niños. Y así ¿quién aprende?”

Se evidencia que aún es insuficiente la educación sobre la actividad física que se imparte en la sociedad (hogar, universidad, trabajo, instituciones educativas).

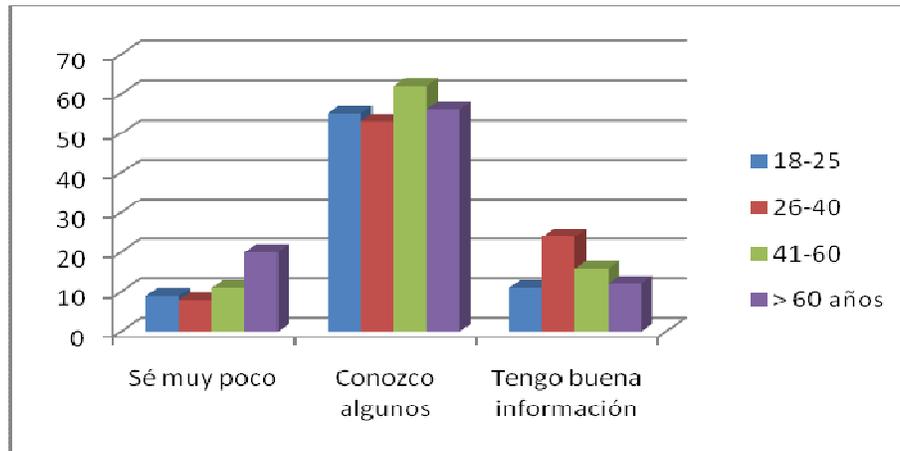


Gráfico 3. Conocimiento sobre los beneficios de la actividad física por grupos de edad.

Al indagar por el conocimiento sobre los beneficios de la actividad física, en general, se observa que se conocen algunos beneficios (67.1%), sin una diferencia estadística representativa entre los grupos de edad; sin embargo es importante para los programas de actividad física, que las universidades y municipios capaciten a los usuarios, estudiantes y población en general, pues se evidencia que los sujetos que practican actividad física y saben muy poco acerca de las bondades de realizarla constantemente representan el 14.2%, un porcentaje, lo que requiere mayor atención de las instituciones que intervienen en el área.

Según las observaciones y los grupos focales, muchos sujetos plantean que realizan actividad física por mejorar su apariencia, aunque tienen claro que también obtienen beneficios para la salud, pero no saben identificar cuáles.

Qué piensa de la A.F.	GRUPO DE EDAD				Total
	18-25	26-40	41-60	Mayor 60	
Es Aburridora	0	1 0.3%	1 0.3%	1 0.3%	3 0.9%
Es importante	51 15.1%	61 18.1%	60 17.8%	70 20.8%	242 71.8%
Es lo Máximo	24 7.1%	23 6.8%	28 8.3%	17 5.0%	92 27.3%
No Responde	0	1 0.3%	0	1 0.3%	2 0.6%
Total	75 22.3%	85 25.2%	89 26.4%	88 26.1%	337 100%

Tabla1.3. Qué piensa sobre la actividad física, por grupos de edad.

Como componente afectivo de la actitud emerge el pensamiento de los usuarios (gimnasio) frente a la actividad física, que consideran como una práctica importante (71.8%) en iguales proporciones entre los diferentes grupos de edad, siendo más relevante en el grupo mayores de 60 años; en segundo lugar, se ubica la definición de “lo máximo” en un 27,3%, como lo manifestó una participante adulta:

“Es que la actividad física para mí es lo máximo.... y yo creo que para el resto de los compañeros que asistimos al gimnasio de Indeportes.... es que usted se ha dado cuenta, aquí en el municipio no hay más que hacer, la actividad física es nuestra vida”.

Se evidencia en el trabajo con los diferentes grupos que la actividad física representa, en general, una parte importante y fundamental de su motricidad cotidiana, de sus relaciones sociales y una posibilidad para el aprovechamiento del ocio y tiempo libre en sus regiones, tanto para los jóvenes, como para los adultos.

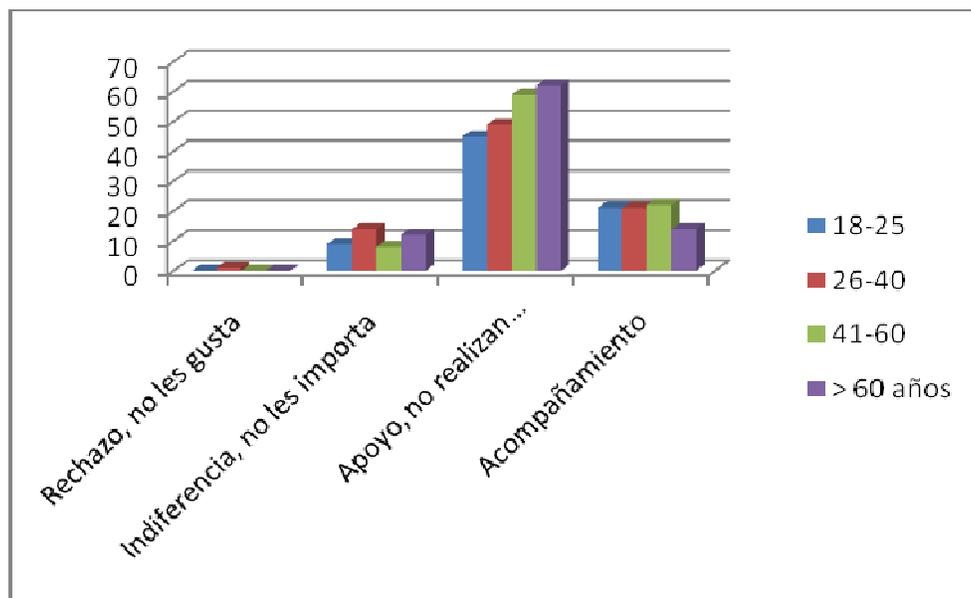


Gráfico 4. Actitud de las familias frente a la actividad física por grupo de edad.

La actitud de la familia de las personas encuestadas frente a la actividad física es, en su mayoría (63.8%) de apoyo para la practiquen, pero no realizan algún tipo de actividad física. De ellos hay un buen número de personas (23.1%) que al observar a sus familiares realizar actividad física y verificar sus beneficios, han comenzado a volverse físicamente más activos.

Sin embargo en los grupos focales emergen diferentes comentarios frente a lo que algunos familiares manifiestan ante la práctica de la actividad física, contrario al “apoyo” al que la mayoría se refiere; la opinión de dos mujeres adultas al respecto es significativa:

“usted tan vieja qué va a ir a ser por allá... eso es para jóvenes, usted parece una vaca....”

“tanto deporte que hace y parece una marrana “.

Es válido anotar que las actitudes de apoyo frente a la actividad física aumentan con la edad de los grupos; es más alto para los mayores de 60 años y menor en las personas con edades comprendidas entre 18-25 años.

En las observaciones se corrobora el apoyo a los mayores de edad, ya que muchos llegan en compañía de sus parientes a los lugares de práctica. De otro lado, los jóvenes prefieren asistir con sus amigos y amigas. Es importante resaltar la necesidad que tienen algunas madres de desplazarse a realizar actividad física con sus hijos menores, lo cual representó en diferentes municipios, que los niñ@s,, por este motivo,, también realizaran actividad física.

ACTITUD DE LA POBLACIÓN	SEXO		TOTAL
	Femenino	Masculino	
Rechazo, no les gusta	4 1.2%	0	4 1.2%
Indiferencia, no les importa	19 5.6%	32 9.5%	51 15.1%
Apoyo, no realizan actividad física	94 27.9%	92 27.3%	186 55.2%
Acompañamiento y entusiasmo	60 17.8%	36 10.7%	96 28.5%
Total	177 52.5%	160 47.5%	337 100%

Tabla1.4. Actitud de la Población frente a la actividad física por sexo.

En cuanto a la actitud que existe en los diferentes municipios frente a la actividad física se conserva la misma valoración anterior, es decir, existe una actitud de apoyo, pero en general la población de los municipios es sedentaria; sin embargo es de resaltar que a medida que se avanza en los grupos de edad, el acompañamiento y el entusiasmo de la población frente a la actividad física es mayor. En cuanto al género es inversamente proporcional, mientras hay mayor

indiferencia con los hombres frente a la actividad física hay mayor acompañamiento para las mujeres.

Ello cobra importancia en las observaciones, pues se hace evidente la escasa actividad física que realizan las personas en cada uno de los municipios, y se complementa con los grupos focales, cuando los participantes manifiestan que es escasa la actividad física que realiza la población en sus municipios, siendo más significativa la práctica de actividad física en los municipios de San Vicente o Maceo, donde hay un movimiento en crecimiento en torno a la actividad física, contrario a otros como Apartadó, donde el posicionamiento del sector comercial en la región ha propiciado espacios típicos de una ciudad, tales como el aumento en los vehículos de transporte (carros y motos), videojuegos, restaurantes de comida rápida, entre otros, lo cual ha inducido a las personas a adquirir hábitos poco saludables. Aunque es significativa la práctica de actividad física en el sector, por la población y cantidad de espacios debería ser mayor.

Actitud Administración	GRUPO DE EDAD				Total
	18-25	26-40	41-60	Mayor 60	
Rechazo, no existen políticas claras	6 1.8%	6 1.8%	4 1.2%	5 1.5%	21 6.2%
Apoyo, no hay políticas	39 11.6%	55 16.3%	55 16.3%	57 16.9%	206 61.1%
Acompañamiento y compromiso	30 8.9%	24 7.1%	30 8.9%	26 7.7%	110 32.6%
Total	75 22.3%	85 25.2%	89 26.4%	88 26.1%	337 100%

Tabla1.5. Actitud de la Administración Municipal frente a la actividad física por grupo de edad.

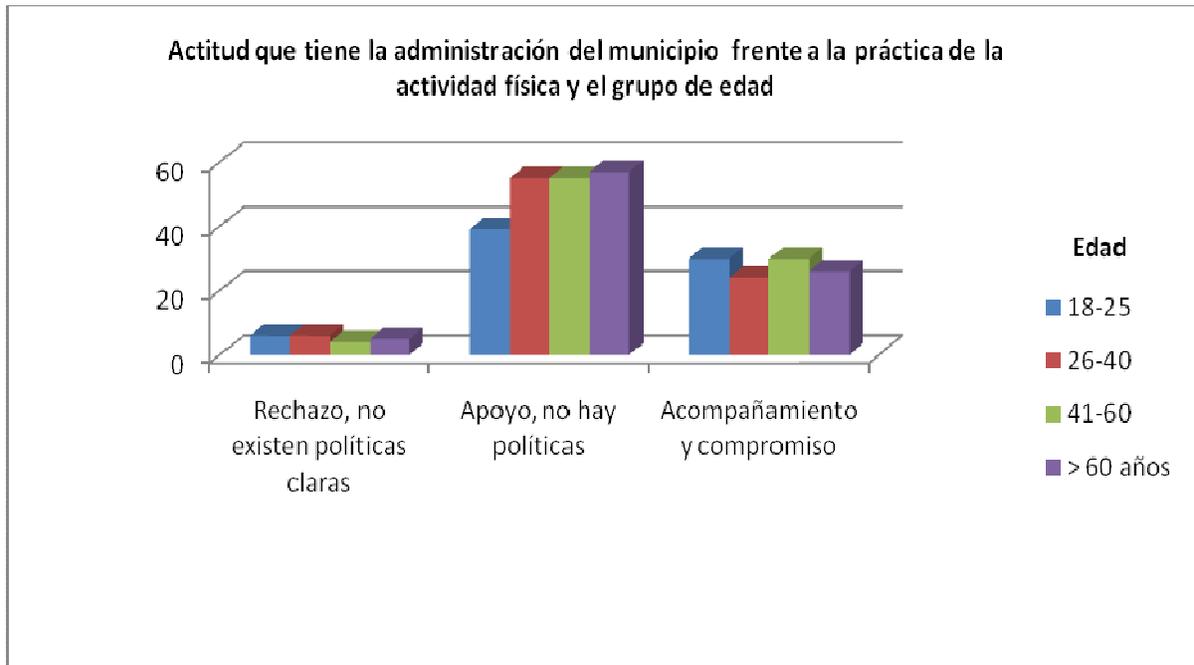


Gráfico 5. Actitud de la administración del municipio frente a la actividad física por grupo de edad.

Llama la atención la percepción sobre la actitud de las administraciones municipales frente a la actividad física, que es muy semejante entre los grupos de edad y el género; consideran que hay apoyo pero no hay políticas claras que apoyen de una forma clara y decidida la actividad física, la educación física, el deporte y la recreación en sus municipios.

Como lo manifiesta el profesor de un gimnasio que hizo parte de la investigación:

“La actividad física aquí es regular, aunque ha mejorado mucho. Hace falta más motivación y apoyo por parte de la administración”

En igual sentido otro profesor aduce:

“La política es un poco desequilibrada, si el alcalde dice eso no se hace, entonces no se hace... así no tenga argumentos”

De la información recopilada se puede inferir que hace falta políticas claras que den un sustento y base fuerte a la actividad física, la recreación y el deporte en el Departamento, ya que en los municipios es común encontrar personal no profesional desempeñando cargos para los que no se ha preparado, lo cual en algunos casos obedece a la arraigada costumbre en nuestro medio de pagar

favores políticos sin tener en cuenta la idoneidad de las personas, lo que afecta significativamente la calidad y cantidad de las propuestas en torno al tema.

Parte a cambiar	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	> 60 años		Femenino	Masculino
Rostro	1	2	5	4	12	7	5
%	0,3	0,6	1,5	1,2	3,6	2,1	1,5
Pechos- senos	1	6	0	0	7	6	1
%	0,3	1,8	0	0	2,1	1,8	0,3
Abdomen	8	15	16	11	50	36	14
%	2,4	4,5	4,7	3,3	14,8	10,7	4,2
Glúteos	3	0	0	0	3	2	1
%	0,9	0	0	0	0,9	0,6	0,3
Piernas	5	1	2	3	11	5	6
%	1,5	0,3	0,6	0,9	3,3	1,5	1,8
Otra	0	6	0	3	9	6	3
%	0	1,8	0	0,9	2,7	1,8	0,9
Ninguno	57	55	66	67	245	115	130
%	16,9	16,3	19,6	19,9	72,7	34,1	38,6
Total	75	85	89	88	337	177	160
% total	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 1.6. Parte del cuerpo a cambiar por grupo de edad y sexo.

El 72.7% afirma que no se cambiaría nada, opinión más alta en los hombres (38.6%) que en las mujeres (34.1%), fenómeno muy ligado a las tradiciones y la religión en las poblaciones antioqueñas.

Vale llamar la atención sobre el 27.4% que quisiera hacer un cambio en su cuerpo de los cuales son más las mujeres (18,5%) que los hombres (9%). Ello puede explicarse por la incidencia de un criterio estético globalizado sobre la delgadez y apariencia física ideal, ampliamente difundido por los medios audiovisuales, a través de modelos que buscan vender y posicionar un prototipo de belleza con el cual las personas se sientan identificadas y procuren ir en pos de su consecución.

Entre las partes del cuerpo que más se quisieran cambiar está el abdomen (14,8%), siendo más alto en las mujeres (10,7%) que en los hombres (4,2%), y así se continúa con ideales de cambio tales como el rostro, las piernas, los senos y los glúteos, entre otros.

Según el cuadro anterior, el grupo de edad 26-40 años (32.6%) manifiesta el deseo más alto entre los grupos que quisieran cambiar alguna parte del cuerpo.

Al analizar por municipio, el mayor gusto por realizar un cambio en el cuerpo es en Cisneros (5.0%,) seguido por San Vicente 4.5%. Ciudad Bolívar es el municipio que tiene el porcentaje más bajo (1.5%).

Es importante resaltar la negación de la población de estudio al cambio en el cuerpo, por razones de tipo religioso, biológico, económico y, especialmente, por la tradición; por el contrario, prefieren realizar actividad física para mejorar la apariencia física.

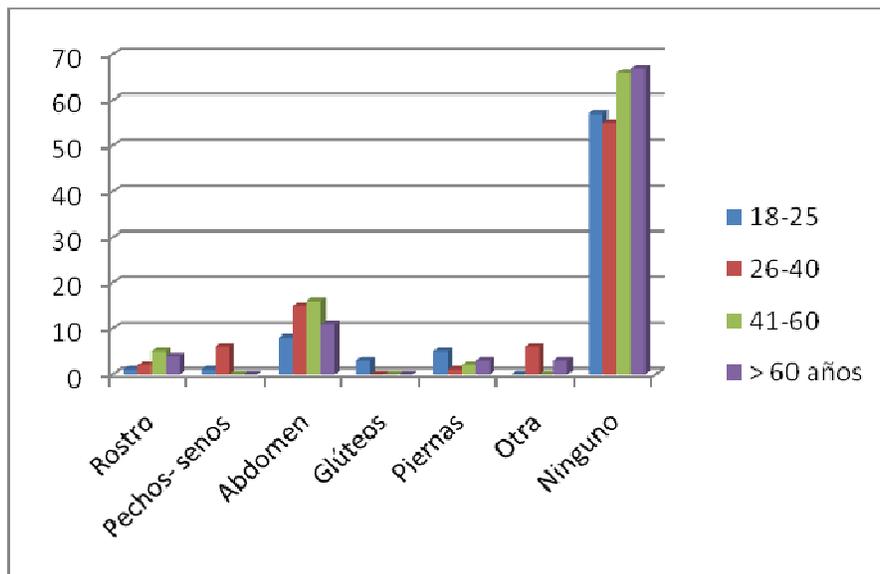


Gráfico 5. Parte del cuerpo a cambiar por grupo de edad.

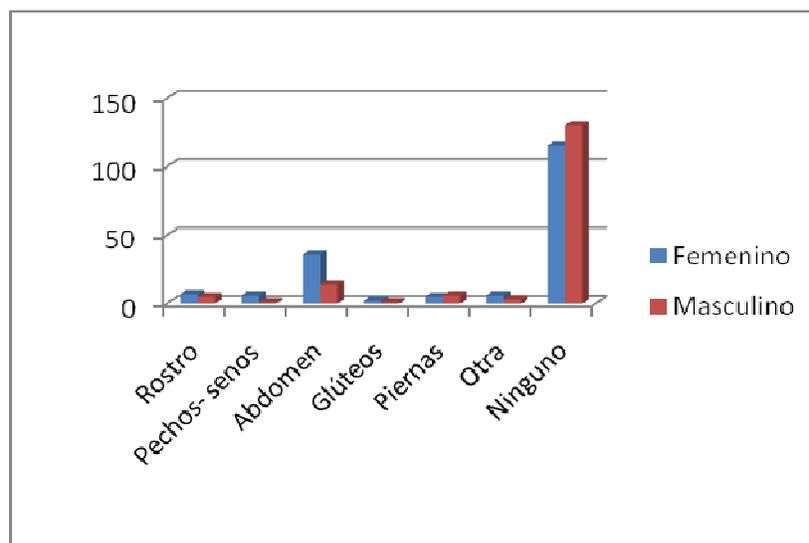


Gráfico 6. Parte del cuerpo a cambiar por sexo.

Motivo	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	> 60 años		Femenino	Masculino
Pereza	21	17	9	14	61	32	29
%	6,2	5,0	2,7	4,2	18,1	9,5	8,6
Falta de dinero	4	1	9	11	25	16	9
%	1,2	0,3	2,7	3,3	7,4	4,7	2,7
Falta de tiempo	33	45	41	27	146	74	72
%	9,8	13,4	12,2	8,0	43,3	22,0	21,4
Falta de programas	1	0	4	1	6	5	1
%	0,3	0	1,2	0,3	1,8	1,5	0,3
Falta de espacios	1	2	0	1	4	2	2
%	0,3	0,6	0	0,3	1,2	0,6	0,6
Falta de profesores	0	1	1	1	3	2	1
%	0	0,3	0,3	0,3	0,9	0,6	0,3
Otro	2	5	3	8	18	14	4
%	0,6	1,5	0,9	2,4	5,3	4,2	1,2
Ninguno	13	14	22	25	74	32	42
%	3,9	4,2	6,5	7,4	22,0	9,5	12,5
Total	75	85	89	88	337	177	160
% total	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 1.7. Motivo por el cual no realiza actividad física por grupo de edad y sexo.

Al indagar por el motivo por el cual no practican actividad física, se encontró que el motivo más fuerte es la falta de tiempo (43.3%), proporcional por género, pero varía según los grupos de edad, siendo más alto en el grupo 26-40 años, pues en este rango de edad la población es activa laboralmente, lo que representa una dificultad a la hora realizar actividad física.

Como segunda razón se encuentra la pereza (18.1%), más alta en el grupo 18-25 años (6,2%); existen otros motivos con menos valoración (16,6%) que influyen en el componente conductual de la actitud al momento de practicar actividad física, tales como falta de dinero, falta de programas agradables, falta de espacios adecuados y de profesores idóneos, entre otros.

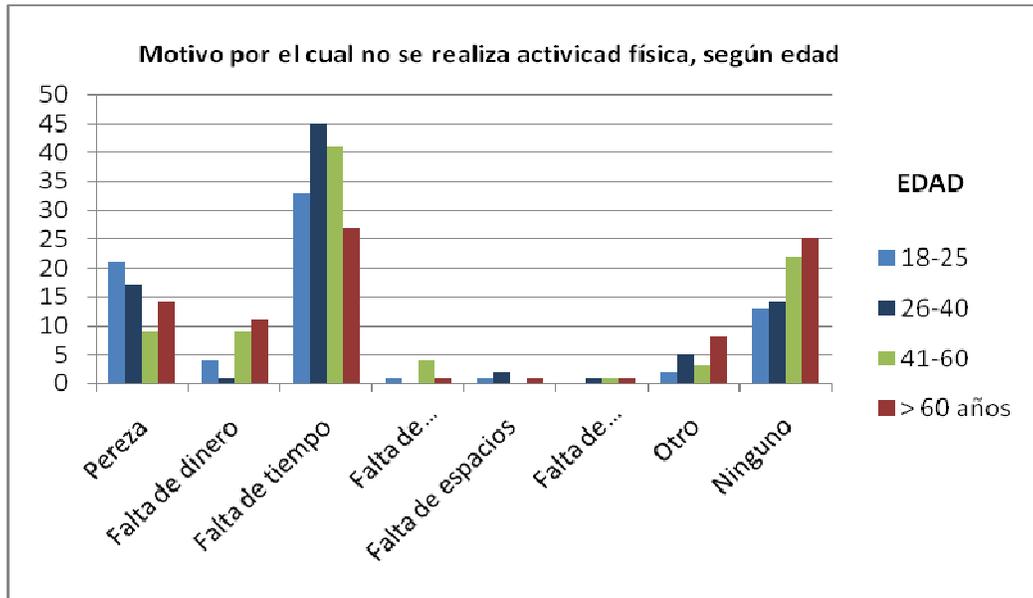


Gráfico 7. Motivo por el cual no realiza actividad física por el grupo de edad.

Un tema trascendental en la formulación de todo programa de promoción de la actividad física es vencer las barreras que impiden a la gente realizar dicha actividad. Sallis y colaboradores (1985) en su investigación sobre determinantes de la actividad física y el ejercicio describen con claridad el conjunto de razones por las cuales las personas se excusan de realizarla. En otros estudios (Zlot, 2006) se manifiesta el tiempo como una de las barreras fuertes en la práctica de la actividad física.

Con respecto a este grupo en particular, donde todos son físicamente activos, un 43% de la población aduce como el principal factor para no hacer actividad física, la falta de tiempo.

Sallis y colaboradores describen este determinante en particular como un componente de todas las características medio ambientales que impiden que el ser humano no realice actividad física. Sería importante hacer un estudio comparativo en dos grupos sobre el motivo falta de tiempo y además vislumbrar posibles estrategias para vencer esta barrera.

10.2 PERCEPCIÓN FRENTE A LA ACTIVIDAD FÍSICA

Nivel de actividad	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	> 60		Femenino	Masculino
Sedentario	5	10	6	11	32	25	7
%	1,5	3,0	1,8	3,3	9,5	7,4	2,1
Moderadamente activo	38	43	50	44	175	88	87
%	11,3	12,8	14,8	13,1	51,9	26,1	25,8
Muy activo	32	32	31	33	128	62	66
%	9,5	9,5	9,2	9,8	38,0	18,4	19,6
No responde	0	0	2	0	2	2	0
%	0	0	0,6	0	0,6	0,6	0
Total	75	85	89	88	337	177	160
% total	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 1.8. Nivel de actividad física durante la vida por grupo de edad y sexo.

El cuadro arroja resultados que ubican a los usuarios de los programas de actividad física en un 51,9% como moderadamente activo; en segundo lugar están los usuarios que se consideran muy activos durante su vida (38%), información sin una diferencia estadística marcada entre los grupos de edad, hecho que explica que en la actualidad estas personas sean físicamente activas y promuevan entre sus conocidos la práctica sistemática de la actividad física.

Pese a lo anterior, hay un resultado que es muy importante analizar. El nivel de actividad física durante la vida del 9.5% de la población estudiada ha sido sedentario, siendo significativamente más alto en las mujeres (7.4%) que en los hombres (2,1%), lo que en parte explica por qué en la actualidad posiblemente más mujeres que hombres inician la práctica de actividad física. Esta afirmación se corrobora en las prácticas diarias en los municipios, donde es más difícil encontrar hombres dedicados a este fin o, como lo manifiesta el profesor de un Centro de Promoción:

“Las mujeres hacen más actividad física que los hombres; le doy un ejemplo, en una noche, pueden asistir 7-8 hombres y 30-35 mujeres ¿nota la diferencia?”.

Sin embargo, es más frecuente encontrar a los hombres en prácticas deportivas como fútbol, baloncesto y fútbol de salón, que a las mujeres en estos mismos espacios deportivos, pues prefieren el gimnasio a las canchas.

De otro lado es evidente que hace falta más información, educación y motivación para volver a los sedentarios activos físicamente.

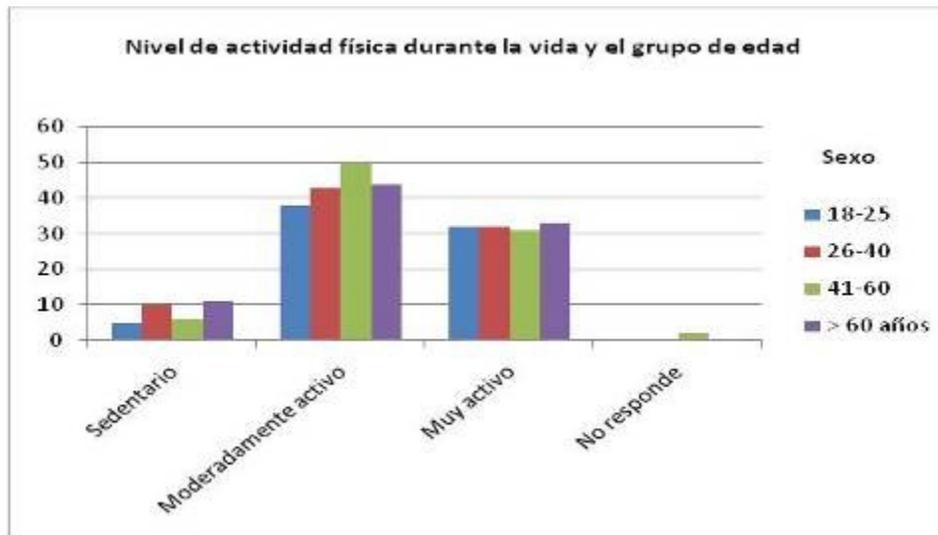


Gráfico 8. Nivel de Actividad física durante la vida por el grupo de edad.

Apoyo y promoción	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	> 60 años		Femenino	Masculino
Excelente	24	23	31	23	101	65	36
%	7,1	6,8	9,2	6,8	30,0	19,3	10,7
Bueno	35	42	43	43	163	73	90
%	10,4	12,5	12,8	12,8	48,4	21,7	26,7
Regular	14	18	13	17	62	37	25
%	4,2	5,3	3,9	5,0	18,4	11,0	7,4
Deficiente	2	2	2	5	11	2	9
%	0,6	0,6	0,6	1,5	3,3	0,6	2,7
Total	75	85	89	88	337	177	160
% total	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 1.9. Apoyo y promoción de la actividad física en el municipio por grupo de edad y sexo

En general las personas tienen una valoración positiva, entre excelente (30%) y bueno (48.4%) acerca del apoyo y promoción de la actividad física en sus municipios. La valoración negativa es el 18.4% que lo considera regular y el 3,3% deficiente, estos hallazgos evidencian y confirman que en los municipios existe en general apoyo frente a la actividad física, más no políticas de base claras y firmes frente a esta actividad.

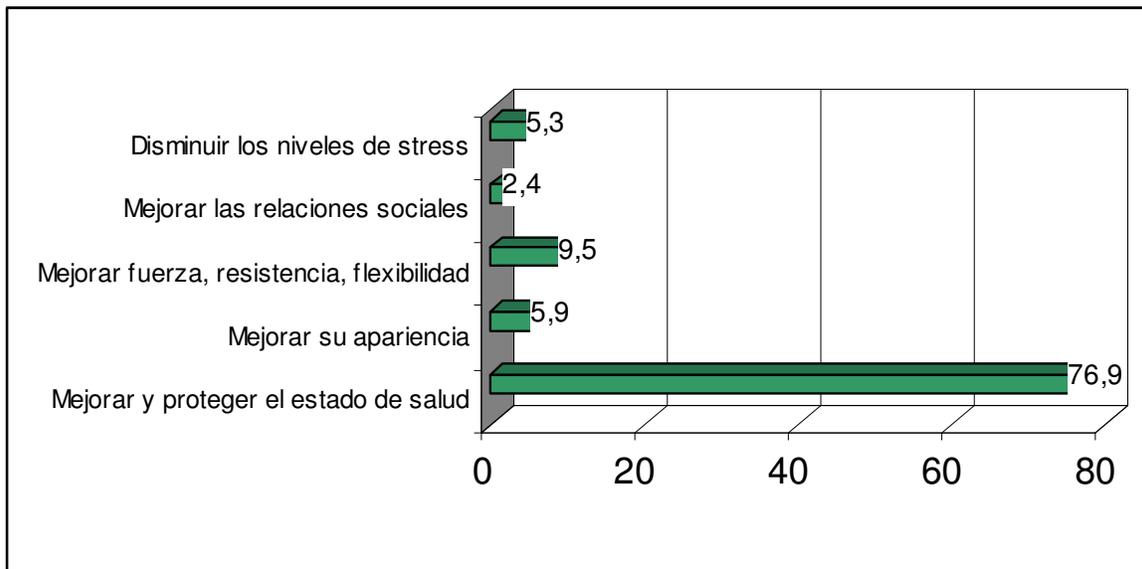


Gráfico 9. Razón principal por la que realizan Actividad física .

El 76.9% de la población considera que la razón principal por la cual realizan actividad física es mejorar y proteger el estado actual de salud, sobre todo en términos biológicos, tratando de evitar una enfermedad crónica.

El 9.5% lo hace por mejorar la condición física, es decir, la fuerza, la resistencia y la flexibilidad, mientras que el 5.9% lo hacen por mejorar la apariencia física y el 5.3% por disminuir los niveles de estrés.

En los grupos focales emergen motivos por los cuales las personas realizan actividad física diferente al motivo de salud, presente en la mayoría, pero no muy convincente. Las mujeres manifiestan gusto por la actividad física por mejorar la apariencia física, esperando verse tonificadas y bonitas. Los hombres aducen que quieren ganar masa muscular para verse mejor. Este patrón de belleza es muy marcado en los jóvenes, ya que en los adultos la gran mayoría piensa en la salud y en la relación social como sus principales motivos para practicar la actividad física.

Esta variedad en los gustos y motivos al momento de practicar actividad física, hace necesario replantear el concepto biológico tan marcado y repensarlo de una forma integral, como ocurre en los diferentes contextos objeto de la investigación.

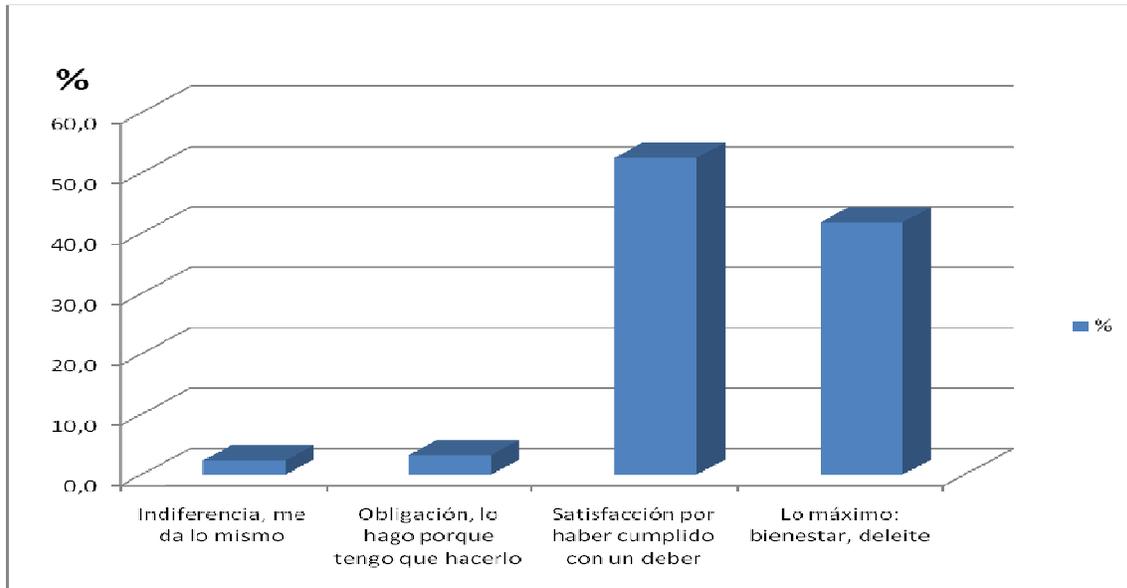


Gráfico 10. Sentimientos que le genera realizar actividad física.

El 52.5% manifiesta que los sentimientos que les genera realizar actividad física, son de satisfacción por haber cumplido con un deber, ya que consideran que cuando realizan actividad física están cuidando su salud.

Con un valor alto ubicado en el segundo lugar se encuentra el sentimiento de bienestar y deleite por realizar actividad física (41.8%), sienten que la actividad física es lo máximo y no conciben dejar su práctica.

Es necesario que los programas de actividad física en los municipios sean variados y agradables, en donde además de su objetivo inicial, se tenga en cuenta el componente social y cultural, y así lograr una adhesión al ejercicio por gusto, disfrute y convencimiento, no por deber.

CAMBIOS	TOTAL
Salud	217 64.4%
Condición Física	28 8.3%
Apariencia Personal	18 5.3%
Alimentación	17 5.0%
Stress	17 5.0%
Socialización	8 2.4%
No he cambiado nada	5 1.5%
No responde	27 8.0%
TOTAL	337 100%

Tabla 2.0. Cambios generados por practicar actividad física.

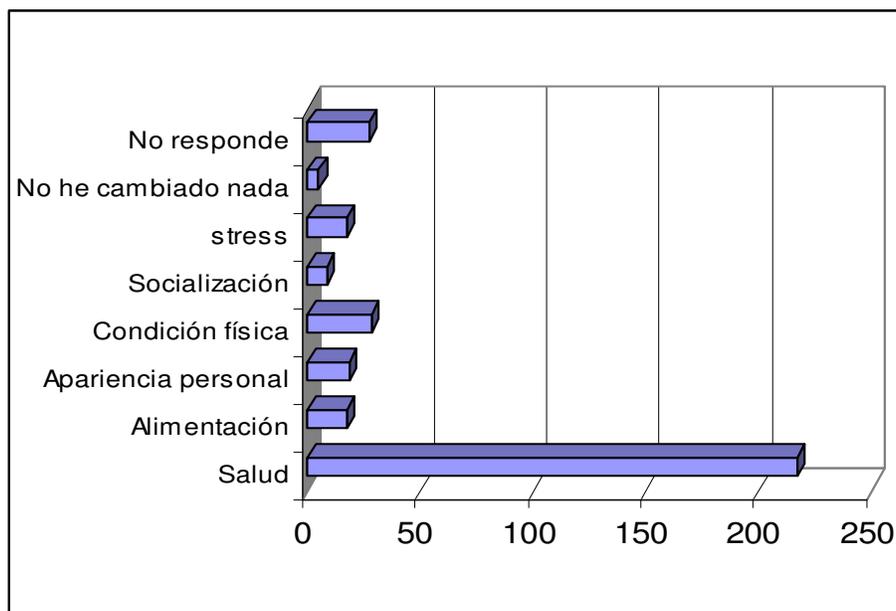


Gráfico 11. Cambios generados por practicar actividad física.

Al indagar si se han generado cambios por realizar actividad física, el 90.8% responde afirmativamente, confirmando los beneficios de la actividad física pues el 64.4% manifiesta haber tenido cambios en la salud, considerando el estado actual mejor que el de antes.

El 8.3% considera que ha sufrido un cambio en su condición física, pues se sienten mejor en cuanto a la fuerza, resistencia, flexibilidad y coordinación.

En los grupos focales hubo diferentes opiniones sobre los cambios generados por realizar actividad física; sin embargo, la mayoría coincide en que el cambio más importante ha sido en la salud, como lo manifestó una mujer adulta:

“Soy hipertensa, pero por el ejercicio que he hecho el médico me ha disminuido el medicamento que tomaba”.

Este fenómeno es más frecuente en los adultos, mientras que los jóvenes consideran que ha cambiado su condición y apariencia física.

Con relación a los programas de actividad física que se realizan en los municipios, es fundamental guiarlos para que empiecen a realizar una recolección documentada y bien sustentada de estos cambios, pues representa una evidencia real y clara frente a los beneficios de la actividad física en las diferentes dimensiones, lo cual representaría un mayor posicionamiento y apoyo de este fenómeno.

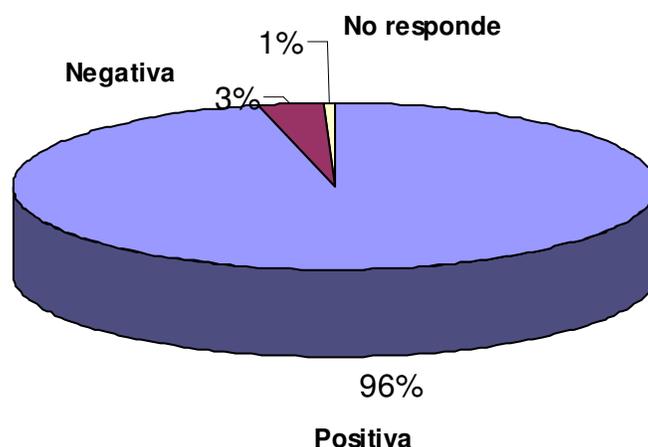


Gráfico 12. Percepción de la experiencia en la práctica de la actividad física.

El 96.1% percibe la experiencia en la práctica de la actividad física como algo positivo, mientras que el 3.3% considera que ha sido negativa. Aunque este es un bajo porcentaje, es importante indagar acerca de las razones por las cuales

valoran negativamente la experiencia, pues podrían subyacer falencias en los programas o factores de riesgo a corregirse oportunamente (prácticas inadecuadas, falta de información, falta de conocimiento, orientación deficiente, entre otras).

Espacios	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	> 60 años		Femenino	Masculino
Sí	52	60	63	71	246	128	118
%	15,4	17,8	18,7	21,1	73,0	38,0	35,0
No	23	25	26	17	91	49	42
%	6,8	7,4	7,7	5,0	27,0	14,5	12,5
Total	75	85	89	88	337	177	160
	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 2.1. Espacios suficientes y adecuados para la práctica de la actividad física por grupo de edad y sexo.

Existe una percepción positiva (73%) sobre los espacios suficientes y adecuados para realizar actividad física. Sin embargo el 27% considera que los espacios existentes no son adecuados y mucho menos suficientes para el desempeño de una práctica física.

A partir de las observaciones se puede deducir que existe, en general, buenos espacios para la práctica deportiva y recreativa, tales como canchas de fútbol, placas polideportivas, parques recreativos y coliseos; sin embargo, para realizar actividad física solo existe el gimnasio, y en la mayoría de los casos analizados, los espacios son reducidos y algunos no se encuentran en buenas condiciones de iluminación, ventilación y locación.

Para realizar las prácticas grupales, tales como aeróbicos, rumba, etc., se utilizan las placas polideportivas y los patios, ya que en el gimnasio no hay lugar para albergar una gran cantidad de personas.

Es de especial interés destacar el escaso espacio público en los municipios planeado y diseñado para la práctica de actividad física. De otro lado es importante propiciar programas para el adecuado y masivo uso de los espacios que existen en la actualidad.

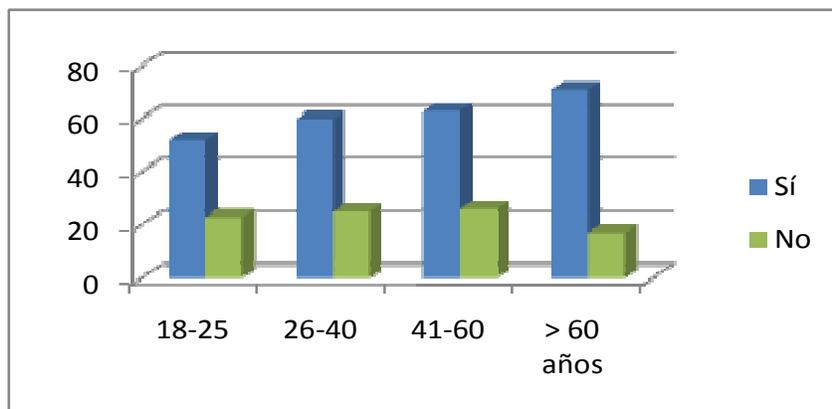


Gráfico 13. Espacios suficientes y adecuados para la práctica de la actividad física por grupo de edad.

Información y educación	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	> 60 años		Femenino	Masculino
Sí	52	55	64	67	238	130	108
%	15,4	16,3	19,0	19,9	70,6	38,6	32,0
No	23	30	25	21	99	47	52
%	6,8	8,9	7,4	6,2	29,4	13,9	15,4
Total	75	85	89	88	337	177	160
%	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 2.2. Información y educación suficiente y adecuada en actividad física por grupo de edad y sexo.

Al indagar acerca de si es suficiente y adecuada la información y educación que reciben en los municipios sobre la actividad física por grupos de edad y género, emerge una percepción afirmativa (70.6%) frente a la percepción negativa del 29.4%. La percepción por género no presenta diferencias significativas, aunque las mujeres tienen una valoración más positiva que los hombres.

La respuesta relacionada con los grupos de edad es directamente proporcional, a medida que se avanza en edad, se avanza también en la percepción positiva sobre información y educación suficiente.

Con base en la información recolectada en los grupos focales y en la observación, se puede deducir que en los municipios es necesario implementar una estrategia adecuada de información, educación y comunicación en torno a la actividad física, la recreación y el deporte, dirigida a todos los grupos etáreos y en todos los niveles de la sociedad regional.

Información y Educación

Municipio	Sí	No	Total
Apartadó	21	13	34
	6,2	3,9	10,1
Bagre	17	16	33
	5,0	4,7	9,8
Caldas	20	17	37
	5,9	5,0	11,0
Carolina del Príncipe	37	2	39
	11,0	0,6	11,6
Cisneros	32	8	40
	9,5	2,4	11,9
Ciudad Bolívar	23	19	42
	6,8	5,6	12,5
Maceo	28	7	35
	8,3	2,1	10,4
San Vicente	36	3	39
	10,7	0,9	11,6
Santafé de Antioquia	24	14	38
	7,1	4,2	11,3
Total	238	99	337
	70,6	29,4	100

Tabla 2.3. Información y educación suficiente y adecuada sobre actividad física por municipios.

Al realizar el análisis por municipios, en Carolina del Príncipe y San Vicente se manifiesta en un porcentaje más alto, que la información y educación en torno a la actividad física, es suficiente y adecuada, opinión que se corrobora con lo observado, ya que ambos municipios cuentan con diferentes estrategias, incluyendo la comunicación, que posibilitan que sus habitantes se vuelvan más activos físicamente. En contraste, en el El Bagre se califica más bajo este factor, lo cual se corrobora en las prácticas y conceptos de los sujetos de la investigación.

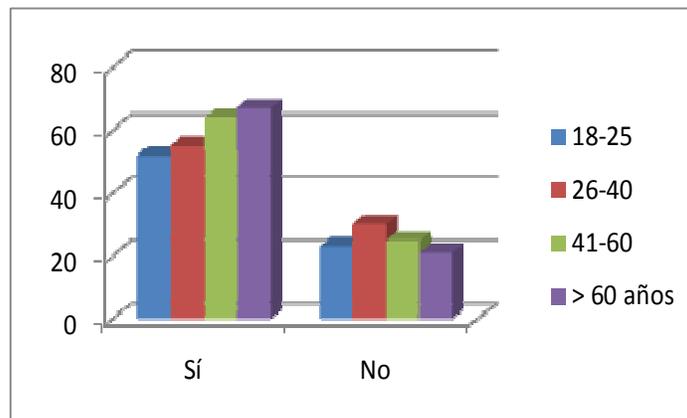


Gráfico 14. Espacios suficientes y adecuados para la práctica de la actividad física por grupo de edad.

Profesor	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	> 60 años		Femenino	Masculino
Excelente	45	42	40	43	170	97	73
%	13,4	12,5	11,9	12,8	50,4	28,8	21,7
Bueno	25	34	32	37	128	64	64
%	7,4	10,1	9,5	11,0	38,0	19,0	19,0
Regular	2	7	4	3	16	7	9
%	0,6	2,1	1,2	0,9	4,7	2,1	2,7
Deficiente	0	0	1	1	2	2	0
%	0	0	0,3	0,3	0,6	0,6	0
Sin profesor	2	1	5	2	10	2	8
%	0,6	0,3	1,5	0,6	3,0	0,6	2,4
No responde	1	1	7	2	11	5	6
%	0,3	0,3	2,1	0,6	3,3	1,5	1,8
Total	75	85	89	88	337	177	160
% Total	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 2.4. Opinión sobre el profesor por grupo de edad y sexo.

Resultados expresados en la encuesta evidencian la percepción positiva y generalizada (88.4%) que se tiene acerca del profesor que dirige la actividad física. Los usuarios piensan que el profesor que dirige su programa es excelente con un 50%, mientras el 38% considera que es bueno y solo en un 5,3% piensa que es regular o deficiente.

Hay que destacar la opinión favorable sobre los profesores, pues es difícil la situación en los municipios para capacitar y pagar un profesor idóneo para dirigir los espacios de actividad física, y el esfuerzo de éstos por realizar actividades que sean adecuadas y de agrado para sus usuarios; sin embargo, opiniones de los usuarios frente al tema evidencian que hace falta educación y/o personal idóneo para orientar adecuadamente los espacios que existen en la actualidad en los municipios.

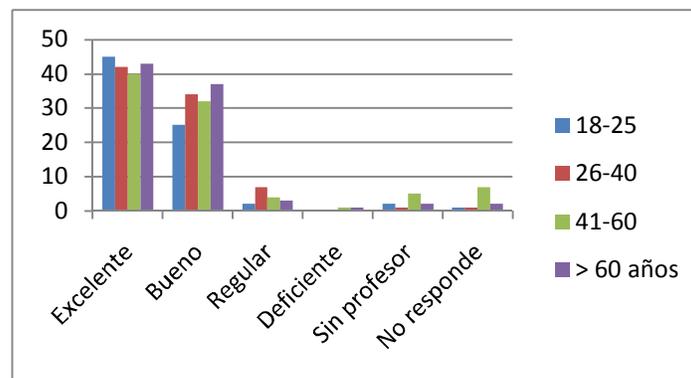


Gráfico 15. Opinión sobre el profesor por grupo de edad.

Tiene conocimientos	Grupo de edad				Total
	18-25	26-40	41-60	Mayor de 60	
Sí	59 17,5	64 19,0	74 22,0	72 21,4	269 79,8
No	15 4,5	19 5,6	10 3,0	13 3,9	57 16,9
No responde	1 0,3	2 0,6	5 1,5	3 0,9	11 3,3
Total	75 22,3	85 25,2	89 26,4	88 26,1	337 100

Tabla 2.5. Conocimientos sobre alimentación por grupo de edad.

Al indagar por el conocimiento sobre la alimentación saludable, las mujeres (43%) manifiestan saber más que los hombres (36.8%), para un valor total de 79,8%.

Este resultado contrasta, al indagar por la percepción que tienen los usuarios sobre su alimentación, donde el 62.3% la considera saludable y, por grupo de edad, directamente proporcional: grupo 18-25 años, 13,1%; grupo 26-40 años, 15.4%, grupo 41-60 años, 16% y mayores de 60 años, 17.8%.

Sin embargo, la sumatoria de los que consideran su alimentación poco saludable y no saludable es de un 33,2%, sin una diferencia estadística relevante.

La parte económica es un factor fundamental y decisivo a la hora de la alimentación; sin dejar de lado la economía productiva de cada región, el aspecto social, cultural y político influye de una forma determinante al momento de adquirir y preparar los alimentos.

Emerge en los grupos focales, una creencia muy generalizada en las personas de los municipios, y es que para comer saludable se necesita mucha plata y ellos no la tienen, como lo manifiesta un participante masculino:

“Yo como bueno al principio de la quincena, cuando hay platica, pero cuando se va acabando, es sino arroz y huevo...”.

Lo anterior muestra la necesidad de realizar campañas de educación en torno a la alimentación y sobre cómo aprovechar la producción agrícola y comercial de cada municipio.

La Alimentación es	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	Mayor de 60		Femenino	Masculino
No saludable	5	10	7	6	28	14	14
%	1,5	3,0	2,1	1,8	8,3	4,2	4,2
Poco saludable	20	21	23	20	84	47	37
%	5,9	6,2	6,8	5,9	24,9	13,9	11,0
Saludable	44	52	54	60	210	110	100
%	13,1	15,4	16,0	17,8	62,3	32,6	29,7
Muy saludable	5	1	5	2	13	6	7
%	1,5	0,3	1,5	0,6	3,9	1,8	2,1
No responde	1	1	0	0	2	0	2
%	0,3	0,3	0	0	0,6	0	0,6
Total	75	85	89	88	337	177	160
% Total	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 2.6. Cómo es la alimentación por grupo de edad y sexo.

Actividad Física	Frecuencia	Porcentaje
Instrumental	198	58.7%
Biológica	61	18.1%
Competitiva	36	10.7%
Estética	13	3.9%
Integral	18	5.3%
Lúdica – Comunitaria	11	3.3%
Total	337	100%

Tabla 2.7. Concepto de Actividad Física.

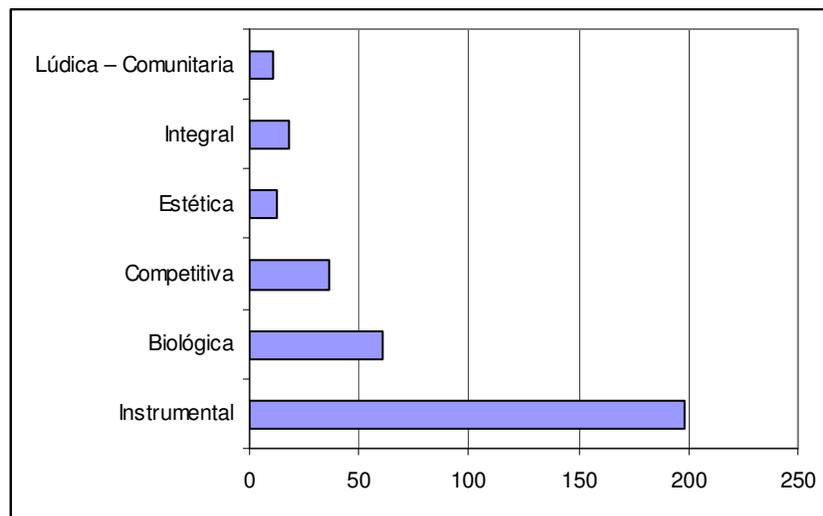


Gráfico 16. Concepto de Actividad Física.

Hallazgos valiosos emergen al indagar sobre qué es la actividad física:

El 58.7% la ubica en un componente instrumental, haciendo referencia a ejercicios y/o movimientos que ejecuta el cuerpo

El 18.1% destaca el componente biológico, consideran que actividad física es salud y vida

El 10.7% destaca el componente competitivo, consideran que actividad física es cualquier tipo de deporte que realicen

El 5.3% destaca el componente integral de la actividad física, donde interactúan diversos aspectos del ser humano y la sociedad.

El 3.9% destaca el componente estético, consideran que quien hace actividad física “está en forma” y ayuda en la belleza corporal.

El 3.3% destaca el componente lúdico comunitario, consideran que la actividad física es un medio de disfrute en comunidad.

En los grupos focales es evidente la confusión e inseguridad en la respuesta sobre la actividad física; estos resultados son la base para propiciar espacios de discusión y capacitación que permitan generar un concepto más amplio sobre la actividad física.

Cuerpo	Frecuencia	Porcentaje
Integral	109	32.3%
Instrumental	65	19.3%
Biológico	65	19.3%
Religioso	50	14.8%
Estético	44	13.1%
NS/NR	4	1.2%
Total	337	100%

Tabla 2.8. Concepto de cuerpo.

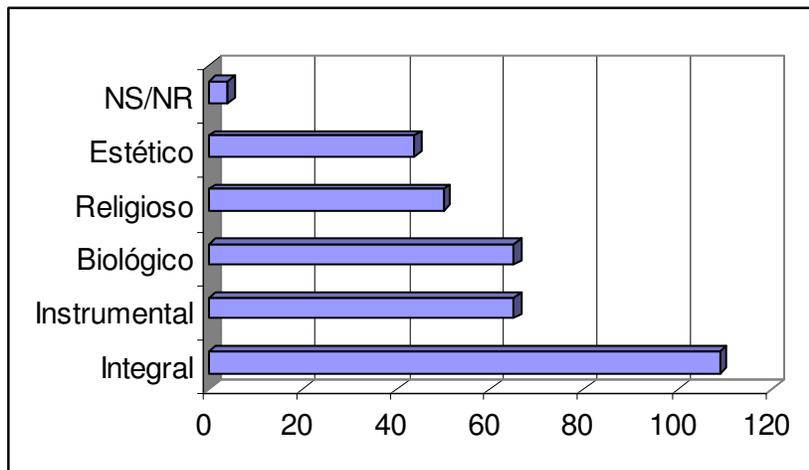


Gráfico 17. Concepto de Cuerpo.

Es significativa la percepción que se tiene en los municipios frente al cuerpo, ya que el 32.3% le otorga un sentido integral cuerpo - mente, con valoraciones como:

“es lo más importante”

“es todo en la vida”.

Se evidencia un sentido instrumental (19.3%) que se refiere a la función productiva del cuerpo en la sociedad, algunos lo definen como:

“el instrumento para movilizarme”

“una máquina de movimiento”

“la herramienta de trabajo”.

Un sentido biológico (19.3%), que gira alrededor de la fisiología, higiene y cuidado personal, se manifiesta como algo vital. En afirmaciones como:

“conjunto de órganos, músculos y huesos”

“estar sano”

“mejor manifestación de estar vivos”

Un sentido religioso (14.8), el cual demuestra que aunque nuestro Departamento tiene una tradición religiosa muy fuerte, en cuanto a la concepción de cuerpo no es tan determinante su participación. En frases como:

“un templo sagrado”

“un regalo de Dios”

Están implícitas las creencias y costumbres religiosas de los municipios.

El sentido estético (13.1%), que determina la imagen y apariencia frente a los otros. Algunas definiciones son:

“cómo me ven”

“la imagen que se proyecta”

Contrario a lo que sucede en la ciudad, en los municipios se cuida la apariencia personal, pero no al nivel que se hace en la ciudad, aunque por los medios de comunicación ha ido incursionando un modelo prototipo de belleza, en los municipios aún no es muy marcado el concepto de belleza de las grandes urbes, lo que puede considerarse un factor de favorabilidad a la hora de implementar políticas o programas de promoción de la actividad física.

10.3 PRÁCTICA CORPORAL

Frecuencia	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	Mayor de 60		Femenino	Masculino
Una vez	1	9	8	10	28	18	10
%	0,3	2,7	2,4	3,0	8,3	5,3	3,0
Entre 2 y 3 veces	22	18	28	35	103	63	40
%	6,5	5,3	8,3	10,4	30,6	18,7	11,9
Entre 3 y 5 veces	24	35	33	25	117	61	56
%	7,1	10,4	9,8	7,4	34,7	18,1	16,6
Más de 5 veces	28	23	19	17	87	34	53
%	8,3	6,8	5,6	5,0	25,8	10,1	15,7
No responde	0	0	1	1	2	1	1
%	0	0	0,3	0,3	0,6	0,3	0,3
Total	75	85	89	88	337	177	160
% Total	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 2.9. Frecuencia de actividad física por grupos de edad y sexo.

Al preguntar por la frecuencia con que realizan actividad física en la semana, se encontró que entre 3 y 5 veces el 34.7%, 2 y 3 veces el 30.6% y más de 5 veces el 25,8%.

El estudio indica que las mujeres manifiestan su práctica por la actividad física entre 2 y 5 veces por semana en 36,8%, sin embargo la mayor inclinación se encuentra entre 2 y 3 veces a la semana (18,7%).

Este resultado se corrobora y explica mediante la observación etnográfica, al encontrar que en los municipios hay grupos de actividad física integrados en su mayoría por mujeres, quienes manifiestan su agrado por el trabajo realizado en

ellos y en general el tiempo de encuentro en la semana de estos grupos es de 2 y 3 veces.

Los hombres manifiestan realizar actividad física más de 3 veces por semana (32.3%), lo cual se explica porque hay preferencia por la actividad física individualmente en el gimnasio en la zona de pesas, con la idea de generar hipertrofia muscular; en las observaciones se evidencia que pocos hombres hacen uso de la zona cardiovascular, generalmente solo la utilizan como calentamiento. Las mujeres prefieren el trabajo en grupo y con mayor énfasis en la resistencia aeróbica.

Por grupos de edad es coherente que entre 2 y 4 veces por semana sea el resultado en los mayores de 60 años (10.4%) ya que esta población se encuentra agrupada en clubes de la salud y su frecuencia de encuentro es generalmente en estos rangos.

Por su parte quienes sienten más gusto por realizar actividad física más de 5 veces por semana, son los jóvenes entre 18-25 años (8.3%) quienes cuentan con más tiempo para este fin; además, en las observaciones y grupos focales, se evidencia el gusto de los sujetos de este grupo de edad por actividades deportivas, extremas y trabajo de fuerza en el gimnasio.

Finalmente los grupos 26-40 años (10.4%) y 41-60 (9.8%) años se encuentran ubicados entre 3 y 5 veces por semana. Al analizar por municipios, la gran mayoría se encuentra ubicada entre 2 y 5 veces por semana, debido a que los programas de actividad física, varían su frecuencia semanal, dependiendo de la disponibilidad del profesor y otros factores propios de cada región.

Frecuencia con la que realiza la actividad física

Municipio	Una vez	Entre 2 y 3 veces	Entre 3 y 5 veces	Más de 5 veces	No responde	Total
Apartadó	3	9	12	10	0	34
	0,9	2,7	3,6	3,0	0	10,1
Bagre	3	7	18	5	0	33
	0,9	2,1	5,3	1,5	0	9,8
Caldas	0	17	11	8	1	37
	0	5,0	3,3	2,4	0,3	11,0
Carolina del Príncipe	2	3	17	17	0	39
	0,6	0,9	5,0	5,0	0	11,6
Cisneros	11	12	9	7	1	40
	3,3	3,6	2,7	2,1	0,3	11,9
Ciudad Bolívar	0	11	21	10	0	42
	0	3,3	6,2	3,0	0	12,5
Maceo	3	8	8	16	0	35
	0,9	2,4	2,4	4,7	0	10,4
San Vicente	2	23	8	6	0	39
	0,6	6,8	2,4	1,8	0	11,6
Santafé de Antioquia	4	13,0	13,0	8	0	38
	1,2	3,9	3,9	2,4	0	11,3
Total	28	103	117	87	2	337
	8,3	30,6	34,7	25,8	0,6	100

Tabla 3.0. Frecuencia de actividad física por municipios.

Tiempo sesión	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	> 60 años		Femenino	Masculino
Menos de 15 minutos	2	1	2	1	6	5	1
	0,6	0,3	0,6	0,3	1,8	1,5	0,3
Entre 15 y 30 minutos	0	9	8	4	21	11	10
	0	2,7	2,4	1,2	6,2	3,3	3,0
Entre 30 y 60 minutos	22	25	39	46	132	85	47
	6,5	7,4	11,6	13,6	39,2	25,2	13,9
Entre 60 y 90 minutos	26	29	22	20	97	42	55
	7,7	8,6	6,5	5,9	28,8	12,5	16,3
Más de 90 minutos	24	20	17	16	77	30	47
	7,1	5,9	5,0	4,7	22,8	8,9	13,9
No responde	1	1	1	1	4	4	0
	0,3	0,3	0,3	0,3	1,2	1,2	0
Total	75	85	89	88	337	177	160
	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 3.1. Duración de la actividad física por grupo de edad y sexo.

Al indagar por el tiempo que la población emplea por sesión para realizar actividad física, las mujeres dicen utilizar más el lapso 30-60 minutos (25.2%), mientras que los hombres tienen en primer lugar el tiempo utilizado 60-90 minutos (16.3%).

Al compartir los datos obtenidos por grupos de edad, se encontró que es directamente proporcional el tiempo utilizado en la actividad física con respecto a la edad, es decir, a medida que se avanza en edad, se aumenta la cantidad de personas que emplean entre 30 y 60 minutos para realizar actividad física, en un 39,2% distribuido de la siguiente forma:

Grupo 18-25	6.5%
Grupo 26-40	7.4%
Grupo 41-60	11.6%
Grupo >60	13.6%

Lo anterior indica que la información y educación que se imparte sobre realizar por al menos 30 minutos diarios de actividad física, se interioriza y aplica paulatinamente; ello en parte obedece a que los grupos de actividad física conformados en los municipios tienen como criterio 60 minutos de actividad física y además tienen mayor participación de personas con edad superior a 40 años, de los cuales se encuentra gran parte de la población en estos rangos de tiempo.

Se podría deducir que a medida que disminuye la edad el tiempo utilizado para realizar actividad física es mayor a 60 minutos, mientras que a mayor edad el tiempo destinado a la misma práctica disminuye, es en promedio entre 30 y 60 minutos. Esta información se corrobora en las observaciones, donde se evidenció que los jóvenes prefieren prácticas deportivas como el fútbol, en las cuales utilizan un tiempo superior a 90 minutos; además, en el uso del Gimnasio, el tiempo utilizado se encuentra en su mayoría en el mismo rango, como lo manifestaron varios jóvenes:

“es que hay que hacer 1 hora de pesas y 1 hora de espejo”

al referirse al tiempo que utilizan en estos espacios.

Tiempo	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	>60 años		Femenino	Masculino
Menos de 1 mes	3	1	2	3	9	5	4
	0,9	0,3	0,6	0,9	2,7	1,5	1,2
Entre 1 y 3 meses	6	7	3	5	21	10	11
	1,8	2,1	0,9	1,5	6,2	3,0	3,3
Entre 3 y 6 meses	12	12	10	6	40	26	14
	3,6	3,6	3,0	1,8	11,9	7,7	4,2
Entre 6 y 12 meses	7	12	11	12	42	22	20
	2,1	3,6	3,3	3,6	12,5	6,5	5,9
Más de 12 meses	46	50	61	57	214	109	105
	13,6	14,8	18,1	16,9	63,5	32,3	31,2
No responde	1	3	2	5	11	5	6
	0,3	0,9	0,6	1,5	3,3	1,5	1,8
Total	75	85	89	88	337	177	160
	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 3.2. Tiempo que lleva realizando actividad física por grupo de edad y sexo.

Según los resultados, se confirma que la población seleccionada es físicamente activa, con un tiempo superior a un año el 63.5%. El grupo con el valor más alto es el de 41-60 años (18.1%) y el grupo mayor de 60 años (16.9%).

Este por género no representa una diferencia estadística significativa, en mujeres 32.3% y en hombres 31.2%, para un tiempo mayor a 12 meses de práctica de actividad física continua.

El análisis por municipio es coherente con el tiempo que llevan los programas de actividad física en cada región; por ejemplo, los que han tenido una tradición con mayor inclinación hacia el campo de la actividad física tienen más de 12 meses en una práctica continua, tales como Apartadó, Carolina del príncipe y San Vicente, mientras que El Bagre está un proceso con sus habitantes y por eso las personas llevan menos tiempo en la práctica.

Lo anterior convoca a los programas de actividad física, recreación y deporte, a continuar en su esfuerzo por promocionar su práctica de forma sistemática en las regiones de Antioquia.

Municipio	Tiempo que lleva realizando actividad física					No responde	Total
	Menos de 1 mes	Entre 1 y 3 meses	Entre 3 y 6 meses	Entre 6 y 12 meses	Más de 12 meses		
Apartadó	0	1	5	0	28	0	34
	0	0,3	1,5	0	8,3	0	10,1
Bagre	0	1	12	9	9	2	33
	0	0,3	3,6	2,7	2,7	0,6	9,8
Caldas	2	2	7	4	22	0	37
	0,6	0,6	2,1	1,2	6,5	0	11,0
Carolina del Príncipe	0	1	1	1	36	0	39
	0	0,3	0,3	0,3	10,7	0	11,6
Cisneros	2	3	2	6	26	1	40
	0,6	0,9	0,6	1,8	7,7	0,3	11,9
Ciudad Bolívar	0	0	1	5	35	1	42
	0	0	0,3	1,5	10,4	0,3	12,5
Maceo	1	4	3	6	19	2	35
	0,3	1,2	0,9	1,8	5,6	0,6	10,4
San Vicente	2	2	1	3	31	0	39
	0,6	0,6	0,3	0,9	9,2	0	11,6
Santafé de Antioquia	2	7	8	8	8	5	38
	0,6	2,1	2,4	2,4	2,4	1,5	11,3
Total	9	21	40	42	214	11	337
	2,7	6,2	11,9	12,5	63,5	3,3	100

Tabla 3.3. Tiempo que lleva realizando actividad física por municipio.

Transporte	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	>60 años		Femenino	Masculino
Bus, taxi, moto	14	24	13	7	58	28	30
	4,2	7,1	3,9	2,1	17,2	8,3	8,9
Caballo	1	0	1	0	2	2	0
	0,3	0	0,3	0	0,6	0,6	0
Bicicleta	12	6	3	6	27	5	22
	3,6	1,8	0,9	1,8	8,0	1,5	6,5
Caminando	48	51	70	75	244	140	104
	14,2	15,1	20,8	22,3	72,4	41,5	30,9
Otro	0	4	2	0	6	2	4
	0	1,2	0,6	0	1,8	0,6	1,2
Total	75	85	89	88	337	177	160
	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 3.4. Medio de Transporte utilizado por grupo de edad y sexo.

Una de las estrategias que se promueven desde la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud, es caminar en la motricidad cotidiana, utilizando menos los medios de transporte motorizados para que se convierta en un hábito de vida saludable. Es de destacar que el medio de transporte más usado habitualmente por las personas de los municipios es la

caminata, con un 72.4%, como medio para desplazarse a sus lugares de estudio, trabajo y diversión.

En segundo lugar, con una diferencia estadística muy significativa, están los medios de transporte a motor, tales como bus, taxi y moto, con un 17.2%. Medios más utilizados por los grupos 26-40 años (7.1%) y 18-25 años (4.2%), quienes consideran que las distancias en sus municipios son muy grandes para realizarlas caminando y creen que es mucho mejor realizar sus desplazamientos en moto.

Por esta razón, en municipios como Apartadó, Cisneros y Santa Fé de Antioquia, el uso de la moto ha ido creciendo en forma significativa, por el bajo costo y el ahorro de tiempo. En los municipios más pequeños, como San Vicente, Maceo y Carolina del Príncipe, el medio más utilizado es la caminata, ya que las distancias entre los lugares principales son menores.

Al comparar datos, se evidencia que las mujeres caminan más (41.5%) en proporción con los hombres (30.9%) y estos utilizan más la moto y la bicicleta para sus desplazamientos que las mujeres.

Es importante en las capacitaciones y estrategias de comunicación, educar en torno al beneficio que representa realizar los desplazamientos cotidianos caminando o en bicicleta; además, es fundamental para las administraciones municipales y departamentales, tener en cuenta el espacio público para estos fines en sus políticas de infraestructura, ya que muchas prefieren no caminar por falta de iluminación y motivos de seguridad en las vías por las cuales deben transitar.

Municipio	Bus, taxi, moto	Caballo	Bicicleta	Caminando	Otro	Total
Apartadó	4	0	4	26	0	34
	1,2	0	1,2	7,7	0	10,1
Bagre	7	0	5	21	0	33
	2,1	0	1,5	6,2	0	9,8
Caldas	8	0	3	24	2	37
	2,4	0	0,9	7,1	0,6	11,0
Carolina del Príncipe	0	0	2	37	0	39
	0	0	0,6	11,0	0	11,6
Cisneros	3	0	5	32	0	40
	0,9	0	1,5	9,5	0	11,9
Ciudad Bolívar	13	0	2	26	1	42
	3,9	0	0,6	7,7	0,3	12,5
Maceo	5	0	1	27	2	35
	1,5	0	0,3	8,0	0,6	10,4
San Vicente	9	0	1	29	0	39
	2,7	0	0,3	8,6	0	11,6
Santafé de Antioquia	9	2	4	22	1	38
	2,7	0,6	1,2	6,5	0,3	11,3
Total	58	2	27	244	6	337
	17,2	0,6	8,0	72,4	1,8	100

Tabla 3.5. Medio de Transporte utilizado por municipio.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El consumo de sustancias psicoactivas se ha incrementado de una forma alarmante, lo cual varía de región en región y estrato social; sin embargo, las denominadas drogas normales, tales como el alcohol y el cigarrillo son de amplio y continuo uso en nuestra sociedad.

Según la Organización Mundial de la Salud (2004), el consumo de tabaco ocurre en el 28% de la población de referencia y ocasiona 5 millones de muertes por año en el mundo. Dos mil millones de personas consumen de alcohol en el mundo y provoca 1.8 millones de muertes al año. Cerca del 5% de la población mundial ha usado drogas, tales como marihuana, cocaína, heroína y éxtasis, entre otras.

En el estudio “Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del Departamento de Antioquia”, 2007, el 71,6% de los jóvenes manifestaron haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez, el 35,7% ha consumido cigarrillo y el 9,3% ha consumido alguna vez marihuana, la droga de mayor consumo en este estudio; además vale la pena resaltar que en todos los resultados, las mujeres siempre aparecen con un porcentaje mucho menor al de los hombres.

Consumo Alcohol	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	> 60 años		Femenino	Masculino
Sí	19	19	16	16	70	19	51
	5,6	5,6	4,7	4,7	20,8	5,6	15,1
No	56	65	73	71	265	157	108
	16,6	19,3	21,7	21,1	78,6	46,6	32,0
No responde	0	1	0	1	2	1	1
	0	0,3	0	0,3	0,6	0,3	0,3
Total	75	85	89	88	337	177	160
	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 3.6. Consumo de Alcohol por grupo de edad y sexo.

Llama la atención que entre la población estudiada, que es físicamente activa, el 20,8% consume habitualmente alcohol, con una diferencia significativa entre hombres (15.1%) y mujeres (5.6%). Entre grupos de edad no existe una gran diferencia.

Por medio de las observaciones y los grupos focales, es evidente la aceptación que existe en nuestro sobre el consumo de alcohol, condición propicia para que cada día más personas quieran hacerlo. La amplia aceptación en todos los niveles

de la sociedad de los municipios de Antioquia es un problema socio-cultural y evidencia la escasez de actividades para hacer un uso adecuado del ocio y tiempo libre. Es muy común en los municipios encontrar a sus pobladores departiendo con amigos y familiares alrededor del licor, como un espacio muy utilizado para el tiempo libre.

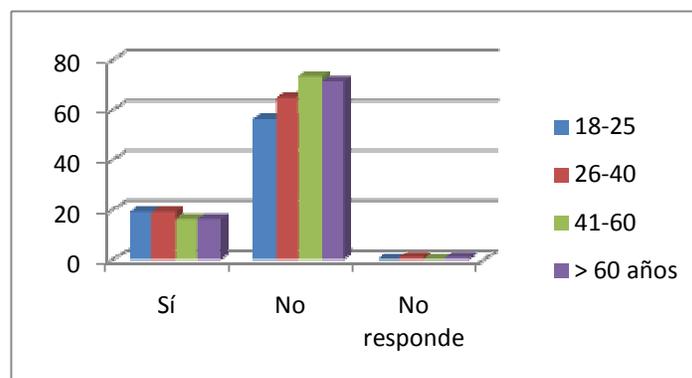


Gráfico 18. Consumo de Alcohol por grupo de edad.

Consumo cigarrillos	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	> 60 años		Femenino	Masculino
Sí	6	6	15	17	44	18	26
	1,8	1,8	4,5	5,0	13,1	5,3	7,7
No	69	79	74	71	293	159	134
	20,5	23,4	22,0	21,1	86,9	47,2	39,8
Total	75	85	89	88	337	177	160
	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 3.7. Consumo de tabaco por grupo de edad y sexo.

El tabaquismo es uno de los 3 factores del mapa global de riesgos que propone combatir la Organización Mundial de la Salud (2005) junto con los malos hábitos alimentarios y el sedentarismo, detonantes para las enfermedades crónicas no transmisibles.

El 13.1% de la población estudiada manifestó tener el hábito de fumar cigarrillo. Al analizar el fenómeno por grupos de edad, se encontró que su consumo es progresivo con la edad, siendo menor en el grupo de 18-25 años (1.8%) y más alto en los grupos 41-60 años (4.5%) y en los mayores de 60 (5.0%).

Al realizar el análisis comparativo por género, se encontró que en los hombres es más alto el consumo (7.7%) que en las mujeres (5,3%) sin embargo, la diferencia no es muy significativa.

Este factor cobra importancia a partir de las observaciones y comentarios en los grupos focales, donde se manifestó el aumento en el consumo del cigarrillo por parte de la población en general, en especial en los jóvenes, aunque hay opiniones diversas, pues algunos, en este grupo de edad, consideran que fumar es delicioso y los hace sentir bien, mientras que otros creen que es desagradable, anticuado y perjudicial.

En los adultos mayores es más alto el índice de tabaquismo (cigarrillo y tabaco), como lo manifestó un adulto masculino:

“toda la vida he fumado y no me ha hecho daño, donde lo deje ahí mismito me muero, entonces no lo dejo”

Lo que demuestra la renuencia a cambiar hábitos ya implantados.

Es importante, adoptar campañas masivas de información y educación sobre la prevención del tabaquismo, propiciando espacios adecuados para el buen manejo del ocio y tiempo libre.

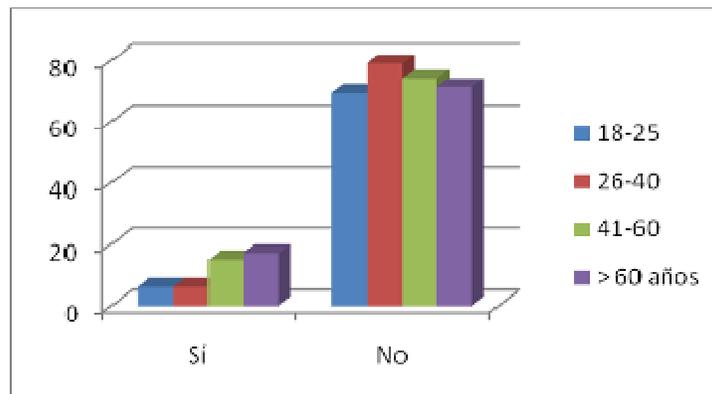


Tabla 19. Consumo de tabaco por grupo de edad.

CONSUMO DE DROGAS ALUCINÓGENAS

Sustancias Psicoactivas	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	> 60 años		Femenino	Masculino
Sí	1	2	2	0	5	0	5
	0,3	0,6	0,6	0	1,5	0	1,5
No	74	82	87	87	330	176	154
	22,0	24,3	25,8	25,8	97,9	52,2	45,7
No responde	0	1	0	1	2	1	1
	0	0,3	0	0,3	0,6	0,3	0,3
Total	75	85	89	88	337	177	160
	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 3.8. Consumo de drogas alucinógenas por grupo de edad y sexo.

El 1.5% de la población manifiesta haber consumido alguna sustancia psicoactiva diferente al alcohol y al cigarrillo.

Al analizar por las respuestas por género, las 5 personas que han consumido o consumen pertenecen al género masculino en su totalidad. En general se comprueba con la ayuda de los grupos focales y las observaciones que la actividad física, el deporte y la recreación actúan como factores protectores de la población frente a este tipo de sustancias, por lo que es importante generar programas de prevención que incluyan estas prácticas con los diferentes grupos de edad, siendo más dinámico y constante en la adolescencia, por su vulnerabilidad y los espacios de tiempo libre, que son muchos en los municipios y no son utilizados adecuadamente.

Actividad más frecuente	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	> 60 años		Femenino	Masculino
Aeróbicos - rumba	8	16	7	7	38	25	13
	2,4	4,7	2,1	2,1	11,3	7,4	3,9
Caminatas	3	21	31	35	90	60	30
	0,9	6,2	9,2	10,4	26,7	17,8	8,9
Ciclovías	5	1	3	0	9	2	7
	1,5	0,3	0,9	0	2,7	0,6	2,1
Hidroaeróbicos	1	2	0	1	4	3	1
	0,3	0,6	0	0,3	1,2	0,9	0,3
Spinning	9	7	6	0	22	14	8
	2,7	2,1	1,8	0	6,5	4,2	2,4
Deportes de conjunto	8	10	8	1	27	3	24
	2,4	3,0	2,4	0,3	8,0	0,9	7,1
Deportes individuales	7	2	2	4	15	3	12
	2,1	0,6	0,6	1,2	4,5	0,9	3,6
Actividades de aventura	0	0	1	0	1	0	1
	0	0	0,3	0	0,3	0	0,3
Gimnasia de mantenimiento	4	1	16	27	48	32	16
	1,2	0,3	4,7	8,0	14,2	9,5	4,7
Gimnasio	30	25	15	13	83	35	48
	8,9	7,4	4,5	3,9	24,6	10,4	14,2
Total	75	85	89	88	337	177	160
	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 3.9. Actividad física más frecuente por grupo de edad y sexo.

Al indagar por las actividades físicas que realiza con más frecuencia la población analizada por grupos de edad, se confirman varias hipótesis sobre las actividades físicas de mayor frecuencia.

En primer lugar se encuentra que caminar (26.7%) es la actividad más frecuente en la población adulta, 41-60 años el 9.2% y mayores de 60 años el 10.4%. Para estos grupos la actividad física de mayor predilección es la gimnasia de mantenimiento que se realiza en los clubes de la salud (14.2%).

La población correspondiente a los 2 primeros grupos de edad prefieren el uso del gimnasio como actividad física principal (16,3%), para un total general del 24.6%, distribuido así: 18-25 años el 8.9%, 26-40 años el 7.4%, 41-60 años el 4,5% y finalmente mayores de 60 años con un 3-9%.

Estas preferencias se evidencian en las observaciones; las personas mayores de 40 años prefieren los Clubes de la Salud donde se realiza una diversidad de actividades tanto físicas como culturales, tales como aeróbicos, gimnasia de mantenimiento y caminatas, siendo éstas las de mayor predilección entre sus integrantes. Los jóvenes prefieren las actividades propias del Gimnasio, tales como, rumba aeróbica, spinning y pesas.

Sobre este tema se hace necesario fortalecer los diferentes espacios para realizar actividades físicas, tales como el Gimnasio, los clubes de la salud, y programas en

general de actividad física que ofrezcan diferentes posibilidades para toda la población, además de programar capacitaciones acerca de estas prácticas.

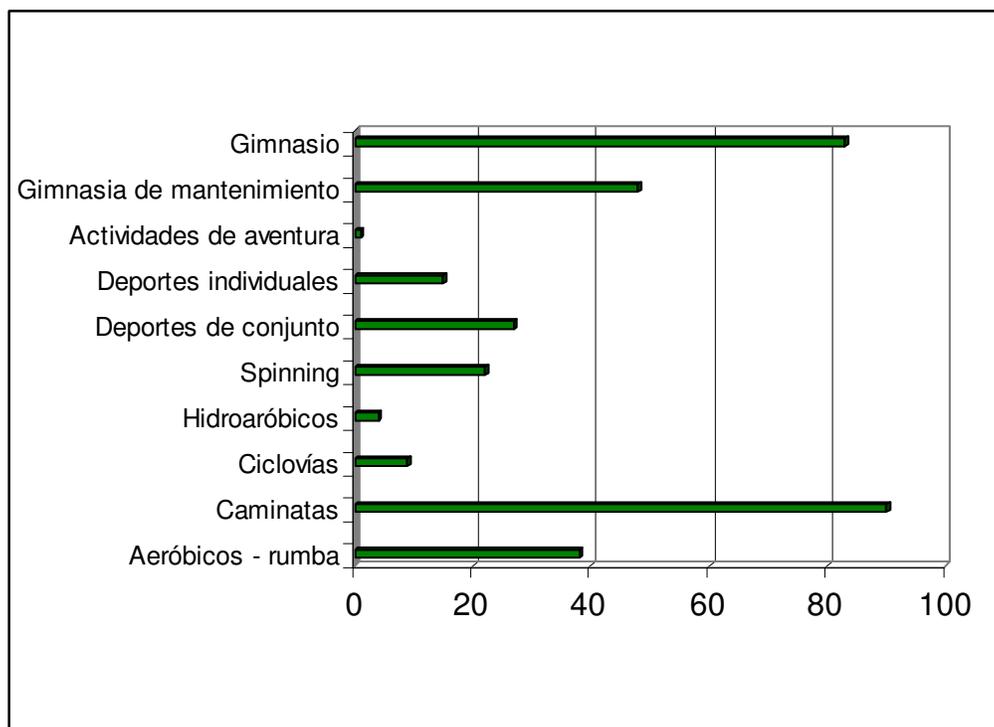


Tabla 20. Actividad física más frecuente.

Otra Actividad	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	> 60 años		Femenino	Masculino
Sí	35	43	39	23	140	67	73
No	10,4	12,8	11,6	6,8	41,5	19,9	21,7
	40	42	50	65	197	110	87
	11,9	12,5	14,8	19,3	58,5	32,6	25,8
Total	75	85	89	88	337	177	160
	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 4.1. Quisiera realizar otra actividad física por grupo de edad y sexo.

El 58.5% de la población manifiesta no querer practicar otra actividad física en sus municipios. El 41.5% quiere realizar otra práctica corporal, aduciendo que hace falta variedad en las clases de algunos profesores.

Al analizar la información por grupos de edad, existe una relación directamente proporcional entre la edad y la negativa a realizar otra actividad física; el grupo 18-25 años el 11.9%, el grupo 26-40 años el 12.5%, el grupo 41-60 años el 14,8%

y los mayores de 60 el 19,3%, el valor más alto por grupos etáreos, el cual se sustenta en la afinidad existente entre las personas de mayor edad con la gimnasia de mantenimiento utilizada en sus prácticas corporales, las cuales, según manifiestan, son de mucho agrado y es pertinente para sus edades y objetivos.

El 12,8% del grupo 26-40 años manifiesta un mayor interés por realizar otras actividades físicas. El 21.7%, de los hombres y el 19.9% de las mujeres quisieran realizar otras actividades físicas; la diferencia por género no es estadísticamente importante.

En las observaciones se evidencia que hace falta implementar actividades deportivas, recreativas y físicas variadas, acordes con los dos primeros grupos poblacionales, los cuales manifiestan en los grupos focales un deseo por prácticas diferentes y llamativas. Mientras que en los adultos mayores las actividades realizadas son acordes con la edad, son variadas y agradables.

Por lo anterior, es necesario que los programas de actividad física de los municipios generen espacios de encuentro para los grupos de edad que manifiestan interés por otras alternativas de esparcimiento y diversión diferentes a las convencionales.

Espacio que frecuenta	Grupo edad				Total
	18-25	26-40	41-60	Mayor de 60	
La calle	3	5	16	14	38
	0,9	1,5	4,7	4,2	11,3
El campo	0	4	3	4	11
	0	1,2	0,9	1,2	3,3
El parque	1	0	4	4	9
	0,3	0	1,2	1,2	2,7
el coliseo	21	23	10	27	81
	6,2	6,8	3,0	8,0	24,0
las placas deportivas	5	9	13	7	34
	1,5	2,7	3,9	2,1	10,1
El colegio	1	0	0	0	1
	0,3	0	0	0	0,3
El gimnasio	42	44	39	24	149
	12,5	13,1	11,6	7,1	44,2
Otro	2	0	4	8	14
	0,6	0	1,2	2,4	4,2
Total	75	85	89	88	337
	22,3	25,2	26,4	26,1	100

Tabla 4.0. Espacio que más frecuenta para realizar actividad física por grupo de edad

En la tabla se observan los espacios físicos más utilizados al momento de practicar la actividad física. El gimnasio figura como el sitio principal, seguido por el coliseo y la calle, resultado que coincide con las observaciones.

Es importante resaltar que la mayoría de los municipios que hicieron parte de la investigación sólo cuentan con el gimnasio que entregó INDEPORTES, como una estrategia más en la lucha contra el sedentarismo. Una de las estrategias más fuertes del programa “Por su salud, muévase pues” en los últimos años ha sido la implementación de gimnasios municipales con características que le permiten un fácil acceso a la población general.

En este estudio se corrobora que la utilización por el 44.2% de la muestra es un alto porcentaje. En estudios previos realizados por INDEPORTES Antioquia en el año 2006, aún no publicados, se muestra claramente cómo las placas polideportivas y los coliseos son los sitios más usados, tendencia que cambió aunque se siguen utilizando estos espacios para la práctica de deportes, pero la convocatoria es menor.

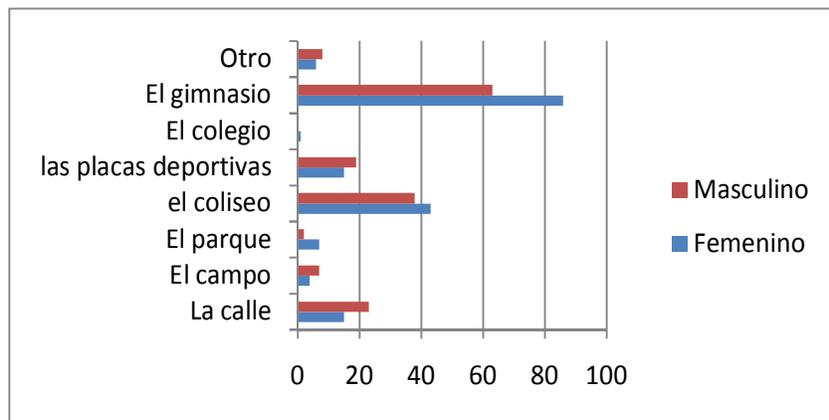


Tabla 21. Espacio que más frecuenta para realizar actividad física por sexo.

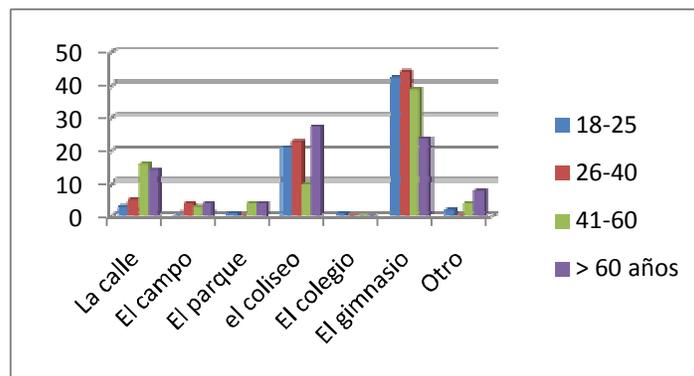


Tabla 22. Espacio que más frecuenta para realizar actividad física por grupo de edad.

Índice de Masa Corporal

IMC	Grupo de edad				Total	Sexo	
	18-25	26-40	41-60	> 60 años		Femenino	Masculino
Peso menor que normal	9	0	2	1	12	9	3
	2,7	0	0,6	0,3	3,6	2,7	0,9
Normal	52	45	49	47	193	93	100
	15,4	13,4	14,5	13,9	57,3	27,6	29,7
Sobrepeso	11	34	32	27	104	54	50
	3,3	10,1	9,5	8,0	30,9	16,0	14,8
Obesidad I	2	5	4	11	22	16	6
	0,6	1,5	1,2	3,3	6,5	4,7	1,8
Obesidad II	1	0	2	1	4	3	1
	0,3	0	0,6	0,3	1,2	0,9	0,3
Obesidad III	0	1	0	1	2	2	0
	0	0,3	0	0,3	0,6	0,6	0
Total	75	85	89	88	337	177	160
	22,3	25,2	26,4	26,1	100	52,5	47,5

Tabla 4.1. Índice de Masa Corporal por grupo de edad y sexo.

De la población analizada el 57.3% tiene un índice de masa corporal normal, sin diferencias estadísticas significativas entre los grupos de edad.

Es preocupante el alto porcentaje de personas con sobrepeso, 30.9% de la muestra, ya que el estudio se realizó con personas físicamente activas, que deberían estar en el rango normal.

Por grupos de edad el sobrepeso es más alto en el grupo 26-40 años (10.1%) y disminuye progresivamente; en el grupo 41-60 el 9.5% y en mayores de 60 años el 8.0%. El grupo 18-25 años aparece con el 3.3%, el valor más bajo entre los demás grupos de edad.

Por género los resultados indican que las mujeres (16.0%) presentan mayor sobrepeso que los hombres (14.8%).

Llama la atención el porcentaje en la categoría peso menor que el normal, en su mayoría de la población femenina entre 18-25 años, lo cual se corrobora en los grupos focales a través de comentarios sobre el desorden metabólico anorexia-bulimia, que se viene presentando en las adolescentes de sus municipios, problema que puede estar asociado al ideal de belleza corporal que impone la sociedad de consumo.

La obesidad grado I ocupa el tercer lugar entre la población, 6,5%, concentrado en las personas mayores de 60 años con 3,3% y más frecuente en las mujeres (4.7%) que en los hombres (1.8%).

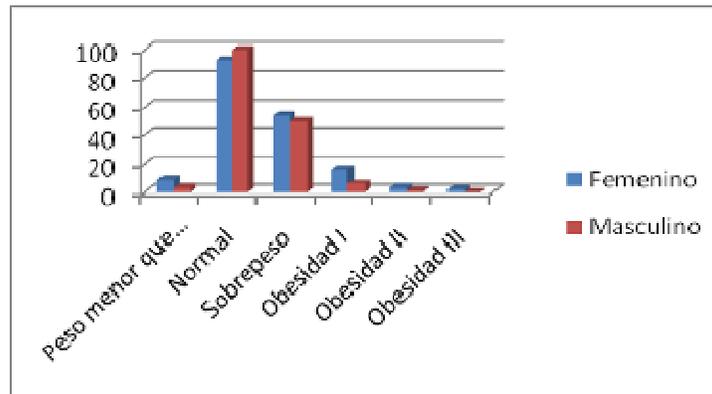


Gráfico 23. Índice de Masa Corporal por sexo.

Enfermedades Crónicas

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son aquellas que se van desarrollando lentamente en el ser humano, se caracterizan por ser silenciosas, es decir, durante las primeras etapas de su desarrollo muchas de ellas no presentan síntomas o signos alarmantes que hagan suponer que se están desarrollando. Son irreversibles, porque van ocasionando el deterioro de uno o varios órganos del cuerpo limitando seriamente sus funciones.

Son enfermedades incapacitantes que producen una disminución marcada de la calidad de vida, requieren de un control médico sistemático y permanente, lo cual origina una cantidad importante de gastos y problemas económicos, donde prima el consumo de medicamentos, muchos de estos a unos altos precios.

Las ECNT más comunes son las cardiovasculares (enfermedad isquémica y enfermedad cerebrovascular) la diabetes, las respiratorias crónicas, los cánceres, pero también existen otras, como desordenes mentales, daños en la visión y en la audición, enfermedad oral, trastornos osteomusculares y las alteraciones genéticas. (OPS, 2007)

Un 60% de todas las muertes en el mundo y en las Américas se deben a enfermedades crónicas no transmisibles. Los factores de riesgo comunes a estas son la inactividad física, una alimentación poco sana y el tabaquismo. (OMS, 2002) (OPS, 2006). En años anteriores la atención de los sistemas de salud ha pasado de estar enfocada a enfermedades como tuberculosis, malaria y VIH/SIDA a las enfermedades crónicas, por eso la salud pública ha venido cambiando de enfoque para las enfermedades, se pasó de un perfil de las transmisibles a un perfil de las enfermedades crónicas, en la actualidad estas enfermedades producen una gran cantidad de muertes y de discapacidad en todo el mundo, además están acompañadas de una pérdida económica importante tanto para las

personas que las padecen como para los diversos sistemas de salud que se encargan del cuidado y manejo de estas personas, por ende estas representan un enorme peso para la sociedad en asunto de calidad de vida y de costos médicos. (OMS, 2002).

Este cambio en el aumento de ECNT se puede corroborar al observar las cifras de salud, para el año 2001 la enfermedad cardiovascular fue la primera causa de muerte en todo el mundo, agrupando tanto los países desarrollados como los que están en vía de desarrollo. Otros datos muestran que de esas enfermedades cardiovasculares el 80% son debidas a enfermedad isquémica, falla cardiaca congestiva y enfermedad cerebrovascular, estas tres enfermedades comparten muchos factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión arterial, la inactividad física y el aumento de la ingesta de sal. (OPS, 2007)

Los resultados de los factores de riesgo y enfermedades crónicas se analizan a partir de las tablas 4.2, 4.3 y 4.4.

Tabla 4.4: Factores de riesgo biológicos para enfermedades crónicas.

Tabla 4.5: Enfermedades crónicas más comunes por rango de edad

Tabla 4.6: Enfermedades más comunes por sexo.

Factores de riesgo biológicos

Los grupos de actividad física analizados son una parte de la comunidad, por lo tanto, el registro de los factores de riesgo para enfermedades crónicas son equivalentes a los que se deben encontrar en los estudios epidemiológicos de características similares. Es importante manifestar que los grupos de actividad física que se forman en los municipios, especialmente en los adultos mayores, son denominados clubes de la salud, tradicionalmente conformados por personas que tienen algún tipo de enfermedad crónica y se les recomienda hacer ejercicio.

No obstante en los resultados es llamativa la presencia de factores de riesgo biológicos para el desarrollo de enfermedades crónicas desde épocas tempranas de la vida.

Factor	edad 18-25		26-40		41-60		mayor 60		total	%(total)
	edad	%	edad	%	edad	%	edad	%		
Hipertensión	1	1,3	8	9,4	25	28	37	42	71	21
Diabetes	1	1,3	1	1,1	4	4,4	11	12,5	17	2
Dislipidemia	0	0	5	5,8	11	12,3	18	20,4	34	10
Sobrepeso	3	4	15	17,6	27	30	26	29,5	71	21

Tabla 4.2. Factores de riesgo biológico para enfermedades crónicas por grupo de edad.

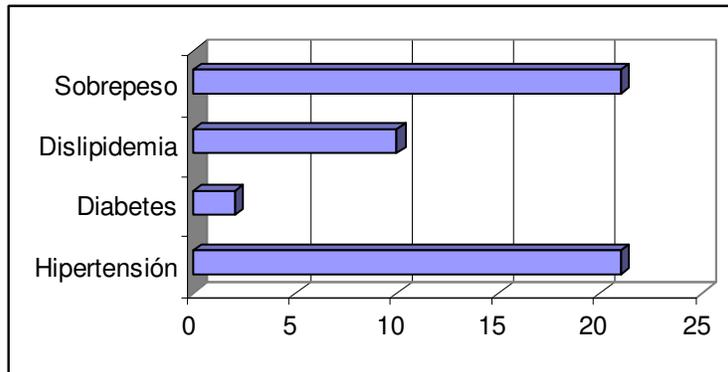


Gráfico 24. Factores de riesgo biológico para enfermedades crónicas.

1. Hipertensión arterial

Según datos de la Organización Mundial de la Salud y otras fuentes, la prevalencia de hipertensión arterial en la población general es del 25 al 30%. En este estudio llama la atención las cifras similares para el grupo de personas mayores de 41 años, lo cual concuerda con las edades donde se empieza a realizar el diagnóstico de este factor de riesgo. De la muestra total, 337 personas, el 21% (71 individuos) manifiestan sufrir hipertensión.

Si bien las políticas de los programas de actividad física no se enfocan a poblaciones particulares, sino a promoverla como una herramienta para el cuidado de la salud, vale la pena resaltar y analizar dos aspectos. En primer lugar los instructores que manejan estos programas no conocen la realidad de su población y los que la conocen no saben cuál es la actividad física más adecuada para un hipertenso. En segundo lugar, se hace necesario un mayor acompañamiento a las personas que tienen este factor de riesgo, al menos todos deberían mínimamente conocer los beneficios de la actividad física en el control de la hipertensión, junto con los hábitos alimentarios adecuados.

2. Diabetes

La prevalencia de diabetes para Colombia se calcula entre 4% y 6% de la población. Las cifras en este estudio concuerdan hasta la edad de 60 años; por encima de esta edad las cifras son del 12.5%. Una posible explicación, por confirmar con otras investigaciones, es que en los municipios donde se realizó el estudio probablemente todos los diabéticos estén en los grupos de actividad física. Existe la posibilidad de hacer un análisis mucho más detallado para explicar este fenómeno. El control de este factor de riesgo, que está asociado a otras enfermedades crónicas, es de suma importancia. La actividad física en los diabéticos, especialmente en los de tipo II es clave en el control metabólico de la glicemia, piedra angular en el manejo de este desorden metabólico; por lo tanto,

toda persona con este diagnóstico debería ser conducida a un programa de actividad física controlado.

3. Dislipidemia

La prevalencia de la dislipidemia en la población que realiza actividad física en los programas es del 10%, no tan alta como podría esperarse, o como se encuentra en otros estudios poblacionales como el de Sao Pablo. De otro lado estamos en el mismo nivel con España, según la Encuesta de Salud del Instituto Nacional de Estadística (España, 2003), la prevalencia de dislipidemia en su población es del 10%.

Para este estudio, llama la atención el aumento de los niveles de lípidos por grupos de edad, es decir, a medida que va aumentando la edad, el porcentaje de dislipidemia en este grupo de edades va aumentando también. Hay que aclarar, que el diagnóstico en esta investigación, se realizó mediante encuesta escrita; muy probablemente si se aplicara el protocolo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Stepwise 123, donde aparte de las preguntas, se toma una muestra sanguínea, este porcentaje sería un poco más alto. En la actualidad (2008) INDEPORTES Antioquia y la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA) se encuentran aplicando este instrumento de vigilancia epidemiológica que caracterizará mejor el diagnóstico de dislipidemia en la población Antioqueña.

4. Sobrepeso

Este es un factor de riesgo asociado a múltiples enfermedades. En el estudio llama la atención el aumento progresivo por la edad que se presenta en el grupo evaluado, tal como lo evidencian otros estudios donde se demuestra que a medida que aumenta la edad las personas comienzan a ganar más peso, pues que continúan con el mismo consumo alimenticio que en las etapas de juventud, pero el nivel de actividad física disminuye, aunque se debe tener en cuenta que el grupo investigado es en su totalidad físicamente activo, lo cual sugiere la permanencia de hábitos alimentarios inadecuados.

Se encontró que el 21% de la población total tiene sobrepeso, por esto es fundamental propiciar espacios de discusión e información sobre la práctica sistemática de actividad física como una herramienta eficaz en la disminución del exceso de peso, disminuyendo este factor de riesgo para adquirir una enfermedad crónica que implicará una disminución en el bienestar físico y social.

De igual manera, tal como lo sugiere la evidencia, también es fundamental educar a la población sobre los hábitos de alimentación adecuados.

Enfermedades Crónicas

Se encontró la siguiente prevalencia: Enfermedad cardiovascular el 7.1 %, accidente cerebrovascular el 1.2%, cáncer el 0.9% y EPOC 3.3%. Estos resultados hacen pensar que los diferentes grupos de actividad física de los municipios son heterogéneos con respecto a la salud; el solo hecho de encontrar personas con enfermedades delicadas y de alto riesgo llama la atención para estar alertas sobre la importancia del control a dichas personas, el trabajo interdisciplinario y los procesos de capacitación a todos los instructores y monitores de los programas de actividad física, en especial el Programa “Por su salud, muévase pues” que existe en la actualidad en los 125 municipios del Departamento de Antioquia.

No quiere decir que dichas personas solo puedan hacer actividad física de una manera estrictamente vigilada, pues ese no es el concepto de los programas, pero sí es necesario tener en cuenta algunas recomendaciones al momento de realizar actividad física, tanto para quienes las sufren como para sus familiares e instructores a cargo de estos programas. No se encontraron diferencias importantes en la relación enfermedades crónicas por género.

	Edad								total	%(total)
	18-25	%	26-40	%	41-60	%	mayor 60			
Enfermedad Cardiovascular	0	0	1	1,17	7	7,8	16	18,1	24	7,1
Accidente cerebrovascular	1	1,3	0	0	0	0	3	3,4	4	1,2
Cáncer	0	0	0	0	0	0	3	3,4	3	0,9
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	0	0	0	0	3	3,3	8	9	11	3,3

Tabla 4.3. Enfermedades crónicas más comunes por rango de edad.

Relación enfermedades crónicas con el género

	Femenino	%	Masculino	%	Total	% Total
Enfermedad cardiovascular	16	9,0	8	5,0	24	7,1
Accidente cerebrovascular	3	1,7	1	0,6	4	1,2
Cancer	2	1,1	1	0,6	3	0,9
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	8	4,5	3	1,9	11	3,3

Tabla 4.4. Enfermedades más comunes por sexo.

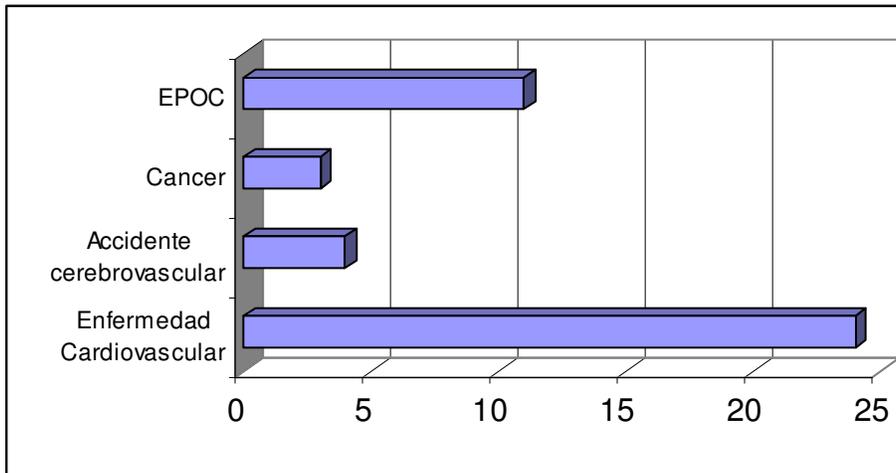


Gráfico 25. Enfermedades crónicas más comunes.

11. CONSIDERACIONES FINALES

Los conceptos hallados sobre la actividad física son principalmente de tipo instrumental, con una valoración del 58.7% por la población objeto de estudio, presentando confusiones en el momento de su descripción y evidenciando la carencia que existe con respecto a los beneficios que tiene en los sujetos y las comunidades.

El cuerpo es visto en una concepción integral en un 32.3%, con una gran variedad en las opiniones generadas con relación al tema, que contrasta con un 27.4% de personas que quisiera realizar algún cambio en el cuerpo, sobre todo en el abdomen, con mayor preferencia de las mujeres. Lo anterior indica la influencia que cobra fuerza el estereotipo de belleza comercial en las diferentes poblaciones antioqueñas, promocionado y difundido por los medios masivos de comunicación, y se corrobora en los diferentes grupos focales al poner de manifiesto el objetivo por el cual se realiza actividad física, aunque al principio aducen el motivo de salud en 76.9%, después de diferentes debates, reconocen en su mayoría que la principal motivación por la cual realizan actividad física es el ideal estético.

La Información, Educación y Comunicación (IEC) en torno a la actividad física, está relacionada con que las personas tengan una mayor predisposición a realizarla al conocer sus beneficios, tanto físicos como psicológicos. En el estudio se evidencia que esta labor en los municipios se realiza en los gimnasios (90.2%); por su parte las instituciones educativas, que deberían tener esta estrategia en sus aulas, no ha sido implementada en la mayoría, por ello podría afirmarse que la educación que imparten las diferentes instituciones de la sociedad (escuelas, colegios, hospitales, administraciones públicas) es aún insuficiente en el tema de la práctica sistemática de la actividad física, teniendo en cuenta los diferentes grupos poblacionales.

Es importante resaltar la labor que viene realizando el Programa “Por su salud, muévase pues” en los diferentes municipios de Antioquia, ya que en varios de los municipios participantes en el estudio es la única propuesta de actividad física, que además propicia espacios de relaciones sociales y culturales.

En los diferentes municipios, dependiendo de su ubicación geográfica y clima, se observó que las prácticas corporales están distribuidas entre las caminatas, los grupos de actividad física (Clubes de la Salud), el trabajo de fuerza con aparatos y otras actividades grupales tales como aeróbicos, rumba y Spinning, teniendo como espacio privilegiado de trabajo, el Gimnasio de cada municipio, donde se utiliza dependiendo de su contexto socio – cultural diferentes ritmos musicales, variedad en la forma de impartir una clase con los clubes de salud, diversidad y colorido para el vestuario, léxico y acento acorde con su espacio, pero con el mismo fin de disfrutar de la actividad física en su dimensión integral.

En una menor proporción aparecen actividades deportivas tales como el fútbol, baloncesto y atletismo, más preferidas por las personas jóvenes y en su mayoría hombres y representan espacios excluyentes para ciertas edades y personas con habilidades físicas sobresalientes.

Es importante resaltar que la población objeto de estudio percibe que ha sido moderadamente activa y muy activa en un 89.9% durante su vida. Lo anterior sustenta el apoyo persistente y decidido que debe existir a los diferentes programas que promocionan la salud de una forma integral, mediante la práctica de la actividad física.

En cuanto a las características de la actividad física en frecuencia, intensidad y duración, se puede afirmar que es adecuada para los grupos etáreos que forman parte de las diferentes prácticas corporales en los municipios; sin embargo, en las observaciones se notó que hace falta conocimiento y actualización en algunos profesores sobre la adecuada ejecución de algunos ejercicios en las diferentes prácticas.

El apoyo de la familia, la administración Municipal – Departamental y la población en general, representan una parte fundamental en el inicio y la permanencia de las personas en los programas de actividad física, además en la adquisición de estilos de vida y espacios saludables, así se evidenció en los diferentes lugares donde se realizó la investigación.

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan en la actualidad un problema de salud pública mundial, evidenciado en este estudio, ya que entre las personas que participaron se encuentran factores de riesgo biológico muy alto, representado de la siguiente forma:

Hipertensión 21%
Diabetes 2%
Dislipidemia 10%
Sobrepeso 21%

Se presenta además en estas personas, activas físicamente, enfermedades crónicas ya establecidas, las cuales se manifiestan así :

Enfermedad cardiovascular 7.1%
EPOC 3.3%
Accidente cerebrovascular 1.2%
Cáncer 0.9%

Por lo que es necesario continuar y fortalecer los procesos de capacitación y sensibilización sobre el tema con los diferentes estamentos de la comunidad, tales como el sector educación, el sector salud, el sector deporte y la población en

general, donde se logre una interdisciplinariedad comunitaria en la lucha contra las enfermedades crónicas no transmisibles. De igual forma, es necesario realizar investigaciones que permitan la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica en este tema.

El consumo de sustancias psicoactivas se manifiesta en la población activa físicamente, de la siguiente manera:

Alcohol 20.8%

Cigarrillo 13.1%

Drogas alucinógenas 1.5%

Lo que pone de manifiesto la necesidad de generar programas de prevención del consumo de este tipo de sustancias, percibidas por la población en muchos municipios como “drogas sociales” que no representan ningún riesgo para la salud física y mental. Así, es vital propiciar espacios adecuados para el aprovechamiento del ocio y el tiempo libre, que en los municipios se encuentra desolado.

El principal motivo por el cual las personas no realizan actividad física en los diferentes lugares es el tiempo, con un 43.3%, mientras que la pereza se ubica en el segundo lugar con un 18.1%, para lo cual hay que buscar estrategias que permitan una disminución en estas barreras.

El Índice de Masa Corporal representó en la población objeto de estudio un rango normal para el 57.3% de la población; sin embargo el 30.9% se ubicó en el rango de Sobrepeso, más alto en mujeres que en hombres, para lo cual es necesario fortalecer los hábitos de alimentación saludable e intensidad - duración de la actividad física.

En cuanto a la alimentación saludable, el 79.8% de los sujetos afirman tener conocimientos, siendo más alto en las mujeres que en los hombres. Sin embargo al observar e indagar por lo que consumen normalmente, es evidente el alto consumo de harinas, dulces y grasas, en contraste con las verduras, frutas, leche y carnes, lo que demuestra que lo que afirman saber sobre alimentación saludable no lo ponen en práctica. Se hace necesario entonces capacitar en cada uno de los municipios a la población en general y especialmente a los profesores, el personal de salud y de educación en aspectos sobre nutrición.

12. CONCLUSIONES

Según lo observado durante el proceso investigativo sobre la experiencia vivida de los sujetos, consignada en este informe, es posible plantear las siguientes conclusiones:

La actividad física está dotada de emoción, creatividad, percepciones, conocimiento y sentimiento, en relación consigo mismo, con el otro y con lo otro, lo cual la ubica en un espacio privilegiado, pero dejado a un lado en gran medida en los municipios.

Las **actitudes** de la población usuaria de programas de actividad física en Antioquia son positivas y de satisfacción por su práctica sistemática, encontrándose coherencia en lo conductual, cognitivo y afectivo, y es incluida por los sujetos como un hábito de vida que tiene beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales.

En lo *conductual*, se manifiestan actitudes de acompañamiento y apoyo por parte de la familia, la comunidad y la administración municipal, sin embargo se evidencia una falta de decisión, convencimiento personal y políticas claras municipales, en la promoción y difusión de la práctica individual y colectiva, por parte de estos tres grupos, los cuales representan una parte fundamental de cada sujeto en sus actitudes de aproximación a la actividad física.

En lo *cognoscitivo*, emergen pensamientos, juicios y creencias positivas, en cuanto la formación que han recibido, los conocimientos adquiridos en cuanto a los beneficios, la alimentación saludable, el cuerpo y la actividad física. Se posiciona ésta como instrumental y el cuerpo de una forma integral, sin representar mucha claridad y convencimiento al momento de la indagación.

En lo *afectivo*, se expresan emociones y sentimientos positivos, los cuales son generados por la práctica sistemática de la actividad física, considerándola como lo máximo en sus intervenciones.

Las **percepciones**, que giran en torno a la práctica de la actividad física, tienen en cuenta la motivación, la experiencia y la influencia del ambiente social.

En cuanto a la *motivación*, es visible un buen nivel de actividad física durante la vida en la mayoría de los participantes, considerando que la mayor motivación por la cual desempeñan esta práctica es por mantener y mejorar el estado actual de salud, aunque se evidencia una disonancia cognitiva pues manifiestan también que es por mejorar la apariencia física, es decir, persiguen un ideal estético, sobre todo el género femenino. También es considerado en este aspecto, la motivación manifestada por el profesor con la variedad y pertinencia de cada una de sus

clases. Los sujetos manifiestan experimentar sentimientos de satisfacción, bienestar y deleite al practicar actividad física.

En la *experiencia* de la práctica, se aducen percepciones positivas por la continuidad, ya que el grupo estudiado, manifiesta niveles de actividad física, durante su vida, entre moderadamente activos y muy activos, lo que ha representado cambios positivos, principalmente en la salud y luego en la condición física.

En el aspecto *social*, perciben un apoyo y promoción positivo por parte del municipio, considerando que los espacios, la información y educación son suficientes y adecuados para la actividad física.

En cuanto a las **prácticas corporales** que giran en torno a la actividad física existe conexión entre la frecuencia, intensidad y duración en los diferentes escenarios, además se evidencia una permanencia mayor a los 12 meses en la continuidad de ésta práctica.

El medio de transporte más utilizado en los municipios para el desplazamiento laboral, comercial, recreativo y social es la caminata, lo cual la ubica como un hábito saludable a fomentar. Las actividades en el gimnasio ocupan el segundo lugar en importancia y es el espacio que más se frecuenta para realizar actividad física.

El consumo de alcohol, tabaco y drogas representa una amenaza en los municipios debido entre otras causas, a la falta de espacios adecuados para el ocio y el tiempo libre. Por su parte, las enfermedades crónicas, se manifiestan en estos sujetos activos físicamente en los diferentes factores de riesgo biológico, siendo el sobrepeso y la Hipertensión arterial los primeros en hacer su aparición en la población, además las enfermedades cardiovasculares y el EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica) son las enfermedades crónicas que tienen mayor prevalencia en estos sujetos activos físicamente.

Hace falta una articulación institucional clara que permita fomentar políticas públicas frente a esta práctica y su relación con la educación y la salud; por ello los sujetos consideran que existe apoyo, más no políticas de base definidas frente al tema. Se valora la labor que ha estado haciendo INDEPORTES Antioquia en términos de actividad física, recreación y deporte, pero consideran que hace falta acompañamiento por parte de la administración del municipio con variedad en los programas, nueva implementación para los gimnasios, continuidad en los procesos, mejores posibilidades de acceso, espacio público suficiente, iluminado y seguro para realizar la práctica. Se manifiesta además la falta de educación en todos los niveles en torno al tema.

En síntesis, la ***cultura corporal*** de la población adulta usuaria de programas de actividad física es favorable, con algunas diferencias entre los grupos de edad y municipios. En general se manifiesta la actividad física como una experiencia positiva, generadora de construcción y cohesión social, que requiere la adopción de estrategias de educación, reeducación y sensibilización con las diferentes poblaciones del Departamento. Para ello es necesario promover la articulación interinstitucional y sinergia de las entidades de salud, deporte, educación, cultura y planeación que propendan por fortalecer la adquisición de hábitos de vida y espacios saludables en el individuo y en la comunidad, mediante estrategias de intervención variadas que tenga en cuenta los aspectos intrapersonales, interpersonales, el ambiente físico y el ambiente social que gira en torno a la actividad física. Programas adecuados para cada grupo de edad, orientados al manejo adecuado del ocio y el tiempo libre, con facilidad de acceso para toda la población y con una adecuada planeación del espacio público.

13. RECOMENDACIONES

De acuerdo con los hallazgos de la investigación y con base en el objetivo principal, se recomienda a los entes reguladores de la actividad física, la recreación y el deporte a nivel Nacional, Departamental y Municipal, tener en cuenta el siguiente modelo multinivel de intervención en actividad física, en donde se pueda valorar los diferentes determinantes que influyen en un modelo de movilización social de la actividad física, teniendo en cuenta el desarrollo humano. Para lograr una adecuada intervención desde la actividad física, teniendo como fin último el desarrollo humano, se debe pensar en la construcción de tejido social, contar con los otros en la construcción de sus necesidades de actividad física, de motricidad, comprender la realidad desde el contexto a intervenir y así generar procesos de indagación, reflexión y transformación en la comunidad, mediante el empoderamiento, como una forma de organización democrática, en donde se puede construir y develar nuevas prácticas a través de la capacidad y conocimiento de los sujetos en su vida cotidiana, haciendo parte activa de la construcción de políticas públicas para generar un proyecto colectivo y ético de sociedad frente a la motricidad, específicamente la actividad física en sus diferentes manifestaciones.

La adopción de hábitos de vida saludable, como un proceso transformador, germina en cada ser humano y debe irradiarse a la población, para lograr con ello verdaderas transformaciones sociales, meta alcanzable si los gobiernos y la población enfrentan con mayor determinación el flagelo del sedentarismo, la inadecuada alimentación y el tabaquismo. En función de ello se deben realizar todos los esfuerzos posibles para que la motricidad sea una herramienta eficaz en la consolidación de un ser humano sano, desarrollado integralmente.

INTERVENCIÓN MULTINIVEL EN ACTIVIDAD FÍSICA

Intrapersonal – Interpersonal

- Aspectos Biológicos
- Aspectos Demográficos
- Aspectos Conductuales
- Aspectos Cognitivos
- Aspectos Afectivos
- Apoyo Familiar
- Estado del cambio frente a la actividad física (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento).

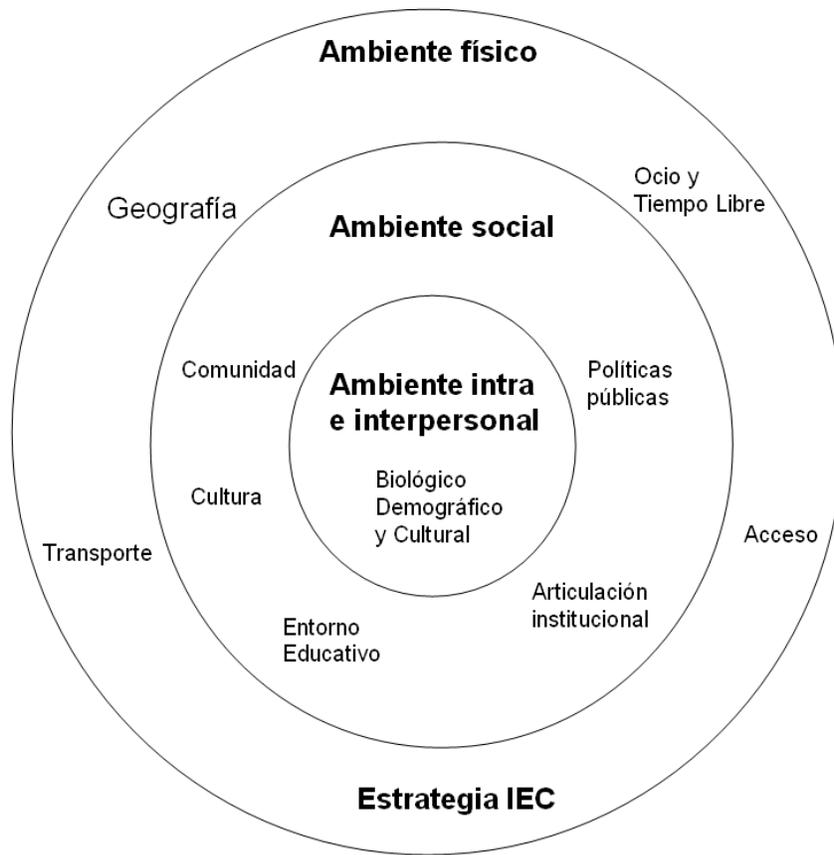
Medio Ambiente Social

- Entorno Cultural
- Entorno Educativo
- Articulación Institucional
- Políticas Públicas
- Comunidad

Medio Ambiente Físico

- Entorno Geográfico
- Espacio Público Construido
- Facilidades de Acceso
- Estrategia de Información, Educación y Comunicación IEC
- Medios de Transporte
- Diversidad de programas para el Ocio y el Tiempo Libre

Se hace necesario por lo tanto adoptar una intervención multinivel para la actividad física en las comunidades de Antioquia, con el fin de revisar creencias, concepciones y actitudes frente a lo que ha sido un paradigma biológico de su práctica en nuestro medio, dirigiendo los esfuerzos al desarrollo integral del ser humano, donde la integralidad concibe al individuo como una unicidad, en la cual sus partes se corresponden y se afectan mutuamente, donde se involucran otras dimensiones como la afectiva, cognitiva, ética, comunicativa y social, por lo que se hace necesario identificar en cada contexto los factores intrapersonales, interpersonales, ambientales, sociales y físicos, para ser interrelacionados, conjugando en un mismo acto el ser, el hacer, el sentir, el pensar y el decir, aprendiendo a aprender de otro modo en la actividad física, fomentando así un nuevo paradigma que emerge, un paradigma que piensa más allá de la ausencia de enfermedad, más allá del conteo de datos, que se piensa en toda una dimensión integral de la salud, del bienestar, de la calidad de vida y como fin último del desarrollo humano.



14. REFERENCIAS

Agar, M.H. (1980). *The professional stranger: An informal introduction to ethnography*. Nueva York: Academic Press.

Aisenstein, Ángela (2006). *Cuerpo y Cultura, prácticas corporales y diversidad*. Buenos Aires: Libros del Rojas.

Arboleda Gómez, Rubiela; Grupo Interdisciplinario de Investigadores Cultura Somática (2002). *El cuerpo en boca de los adolescentes*. Colombia: Kinesis.

_____ (2004). *Las expresiones motrices en América Latina en la tensión global – local. Una apuesta desde la corporeidad, en el marco de la modernidad reflexiva*. Barcelona: Apunts, Ed. Física y Deportes. Nº 78. (91-97).

Arroyo V., Hiram (2004). *La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica*. San Juan: Universidad de Puerto Rico.

Beck, Ulrich y otros (1997). *Modernización reflexiva, política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza.

Boyle, J. S. (1994). *Styles of Ethnography*. In: J. M. Morse. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks, California: Sage, p.159-185.

Bull, Fiona C.; Pratt, Michael; Shepherd, Roy J.; Lankenau, Becky (2006). *Implementación de una acción nacional sobre la actividad física basada en la población: desafíos de acción y oportunidades para la colaboración internacional*. Atlanta, EEUU..

Cao, Nidia Nolla (1997). *Etnografía: una alternativa más en la investigación pedagógica*. La Haba, Cuba: Ministerio de Salud Pública.

Carretero, Mario; Solcoff, Karina; Valdez, Daniel (2002). *Psicología*. Buenos Aires: Aique grupo editor.

COLDEPORTE (2004). *Plan Nacional para el desarrollo del deporte en la República de Colombia 2004 – 2008*. Colombia: El autor.

CONPES Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación (2005). *Metas y estrategias de*

Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015. Conpes Social 91. Bogotá: El autor.

Consiglio, Ezequiel (2000). Medición de la calidad de vida relacionada con la salud. Revista del Instituto de Higiene y Medicina Social, 4 (2), 9–15.

CDC, CELAFISCS (2006). Best practices for physical activity promotion, around the world.

Devís Devís, José (2000). Actividad física, deporte y salud. España: INDE.

During, Bertrand (1992). La crisis de las pedagogías corporales. Málaga: UNISPORT, Junta de Andalucía.

Franco Agudelo, Saúl (1995). La promoción de la salud y la seguridad social. Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo.

Gadamer, Hans – George (1996). El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa.

García, Clara Inés (1996). Urabá: región, actores y conflictos. Colombia: Cerec, Iner.

Gobernación de Antioquia (2004). Plan de desarrollo “Antioquia nueva un hogar para la vida, 2004 – 2007”. Medellín: El autor.

_____ (año) Antioquia Toda N° 1, Multimedia. Medellín: El autor.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar (2004). Metodología de la Investigación, 3ª ed. México: McGraw Hill Interamericana.

Hughes, C.C. (1992). Ethnography: ¿What’s in a word- Process? ¿Product? ¿Promise?. Qualitative Health Research, 4, 439–450.

INDEPORTES Antioquia (2004). Plan de Desarrollo. Sector Deporte, Educación Física y Recreación 2004 – 2007. Medellín: El autor.

Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P (2006). Priorities in health. Disease control priorities project. Washington: The World Bank.

Spencer L, Adams TB, Malone S, Roy L, Yost E (2006). Applying the transtheoretical model to exercise: a systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promotion Practice*, 7 (4), 428-443.

López, Rusell P.; Hynes, H. Patricia (2006). Obesity, physical activity, and the urban environment: public health research needs. *Environmental Health, A Global Access Science Source*, 5:25.

Martínez López, Elkin (1999). Soportes y estrategias para la aplicación de programas de actividad física y promoción de la salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.

Matsudo, Victor K.R.; Andrade, Douglas R.; Matsudo, Sandra M.M.; Araújo, Timoteo L.; Andrade, Erinaldo; Oliveira Luis C.; Braggion, Gláucia; Ribeiro, Marcos A. (2003). "Construindo" saúde por meio da atividade física em escolares. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 11(4), 111–118.

Max-neef, Manfred; Elizalde, Antonio; Hopenhayn, Martín (2000). Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro. Suecia, Uppsala: Editorial CEPAAUR, Fundación Dag Hammarskjöld.

Medina Cano, Federico (1996). El cuerpo en la posmodernidad: la salud, el ejercicio físico y el cuerpo perfecto. *Signo y Pensamiento*, 15 (28), 99-120

Ministerio de la Protección Social (2005). Guía para el desarrollo de programas intersectoriales y comunitarios para la promoción de la actividad física. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional.

Moscovici, Serge (1991). *Psicología social I*. Barcelona: Paidós.

Molina Bedoya, Víctor Alonso; Ossa Montoya, Arlet Fabio; Pinillos García, Jesús maría (2001). *Didáctica contemporánea, motricidad comunitaria y ocio. Retos para una formación de calidad en educación física*. Medellín: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

Murcia Peña, Napoleón; Jaramillo Echeverri, Luis Guillermo (2000). *Investigación cualitativa: la complementariedad etnográfica*. Armenia: Kinesis.

Ommundsen, Yngvar; Klasson-Heggebø, Lena; Anderssen, Sigmund A. (2006). *Psycho-social and environmental correlates of location specific physical activity*

among 9 and 15 year old Norwegian boys and girls: The European Youth Heart Study. International journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 3, 32.

Organización Mundial de la Salud (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

_____ (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública. Canadá, 17 a 21 de noviembre de 1986..

_____ (1988). Conference Statement of the 2nd International Conference on Health Promotion, Adelaide South Australia, 5-9 April 1988.

_____ (1991). Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden 9- 15 June 1991

_____ (1997). Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Yakarta, República de Indonesia, Julio 21-25, 1997.

_____ (2000). Quinta conferencia sobre promoción de la salud, México, 5 a 9 de junio de 2000.

_____ (2002). La salud en los objetivos de desarrollo del milenio. Objetivos, metas e indicadores de desarrollo del milenio relacionados con la salud. Declaración del milenio de las Naciones Unidas.

_____ (2005). Sexta conferencia sobre promoción de la salud, Bangkok, Tailandia, 7 al 11 de agosto de 2005

_____ (2005). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (DPAS).

_____ (2006) La organización mundial de la salud y los objetivos de desarrollo del milenio.

Organización de las Naciones Unidas (2005). Resolución A/res/60/9 del 17-01-2006, El deporte como medio de promover la educación, la salud, el desarrollo y la paz.

_____ (2005). Concepto educación, salud, desarrollo y paz, Deporte 2005, Año Internacional del deporte y la Educación Física. Centro de Información de las Naciones Unidas para Colombia, Ecuador y Venezuela.

Organización Panamericana de la Salud (1990). XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana.

_____ (2006). Estrategia regional sobre un método integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo régimen alimentario, actividad física y salud. 40a Sesión del Subcomité de Planificación y programación del comité ejecutivo. Washington.

_____ (2007). Salud en las Américas. Volumen II.

Orley J, Saxena S (1996). Organización Mundial de la Salud. La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida?. Revista Internacional de Desarrollo Sanitario, 17, 385–387.

Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC (1995). Physical Activity and the Public Health, A Recommendations from Centers for Disease Control and Prevention and The American College of Sports Medicine. JAMA, 273 (5), 402-407.

Pratt Michael, Jacoby ER, Neiman A (2004). Promoting physical activity in the Americas. Food and Nutrition, 25 (2), 183–193.

Restrepo E., Helena (1996). La promoción de la salud y la nueva práctica de la Salud Pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 14 (1), 37–47.

Robledo–Martínez, Rocío(2006). Características socioculturales de la actividad física en tres regiones de Colombia. Revista de Salud pública, 8, 13-27.

Rodríguez Gómez, Gregorio; Gil flores, Javier; García Jiménez, Eduardo (1999), Metodología de la investigación cualitativa, 2ª Ed. Málaga: Ediciones Aljibe.

Romero Contreras, María del Rosario. No comer... Cuento. Guía para procesos de formación y multiplicación. Campaña de Prevención de Anorexibulimia en Medellín. Medellín, 2006.

Rosas, Ricardo; Sebastián, Christian (2000). Piaget, Vygotski y Maturana. Constructivismo a tres voces. Buenos Aires: Aique Grupo Editor.

Rouselle, Aline (1989). Porneia: del dominio del cuerpo a la privación sensorial. Barcelona: Península.

Sadler, Michelle; Obach, Alexandra (2006). Pautas de crianza mapuche. *Estudio “Significaciones, actitudes y prácticas de familias mapuches en relación a la*

crianza y cuidado infantil de los niños y niñas desde la gestación hasta los cinco años". Universidad de Chile: El autor.

Sallis J, Dishman R, Orenstein D (1985). The determinants of physical activity and exercise. *Public Health Reports*, 100 (2).

Sallis J, Owen N (2002). Ecological models of health behavior. In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, 3rd ed, ed. K Glanz, BK Rimer, FM Lewis. San Francisco: Jossey-Bass.

Sallis, James et al (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Annual Review of Public Health*, 27, 297–322

Santrock, John W et al (2004). *Introducción a la psicología*, 2ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana.

Sandoval Casilimas, Carlos A. (1996). *Investigación Cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social*. Bogotá, Colombia: ICFES.

Schaller, Nina; Seiler, Henrike; Himmerich, Stephanie; Karg, Georg; Gedrich, Kurt; Wolfram, Günther; Linseisen, Jakob (2005). Estimated physical activity in Bavaria, Germany, and its implications for obesity risk: Results from the BVS-II Study. *International journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2, 6.

Sen, Amartya; Nussbaum, Martha, (comp.).(1998). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.

Tejero Vela, Cruz (Coord.) (2004). *Guía Sares. Recursos de información y documentación en promoción de la salud*. Zaragoza: SARES, Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud.

Terris, M. (1991). *Formulación de políticas de salud. Curso modular de Epidemiología*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública.

Universidad de Antioquia (2004). *Simposio Internacional Cuerpo, Motricidad y Desarrollo Humano*. Medellín: Kinesis, CD – ROM.

U.S. Department of Health and Human Services (1996). *Physical activity and health: a report of the general surgeon*. Atlanta, GA: USDHHS, CDC Prev.

Viveros, Mara; Garay, Gloria (comp.) (1999). *Cuerpo, diferencias y desigualdades*. Colombia: Ces.

Werner O, Schoepfle GM (1987). Systematic fieldwork: Foundations of ethnography and interviewing, vol.1. Newbury Park, CA: Sage.

World Health Organization (WHO). Fact Sheet: Obesity and overweight. Geneva.

_____ (2003). Diet, nutrition, and the prevention of chronic disease. Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. Technical Report Series, 916.

_____ (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva.

_____ (2004). Global status report on alcohol. Geneva.

Zapata, Mario; Segura, Angela (2007). Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del Departamento de Antioquia. Nuevas tendencias y comportamientos sociales asociados, 2003 – 2007. Medellín: E.S.E CARISMA, Comité Departamental de Prevención en drogas de Antioquia.

Zlot A, Librett J, Buchner D, Schmid T (2006). Environmental, transportation, social, and time barriers to physical activity. Journal of Physical Activity and Health, 3, 15-21.

Sitios web de organizaciones:

Red de actividad física de las Américas RAFA. <http://www.rafapana.org>

Global alliance for physical activity GAPA. <http://www.globalpa.org.uk/>

15. ANEXOS

ANEXO 1

DATOS BÁSICOS DE LOS INVESTIGADORES

Informar los datos básicos de todas las personas que van a participar en el proyecto de investigación.

NOMBRE	BENJAMÍN DÍAZ LEAL
TELEFONO Y DIRECCION ELECTRONICA	425 92 68 – 3116059362 benjamindiaz@hotmail.com
PROGRAMA	Maestría Motricidad y Desarrollo Humano
INSTITUCION	Universidad de Antioquia
DEPENDENCIA	Instituto Universitario de Educación Física
FUNCION EN EL PROYECTO	Asesor Metodológico
DEDICACION AL PROYECTO	3 horas semanales
TITULO DE LOS DOS ULTIMOS PROYECTOS	*El cuerpo en boca de los adolescentes *La cultura somática de los maestros en la tensión escuela – adolescente
REFERENCIA DE LAS DOS ULTIMAS PUBLICACIONES	*El cuerpo en boca de los adolescentes *Módulo seminario de educación física

NOMBRE	MARIO ANDRES QUINTERO VELASQUEZ
TELEFONO Y DIRECCION ELECTRONICA	260 21 11 Ext. 261 – 3104633051 maq69@hotmail.com
PROGRAMA	“Por su salud muévase pues”
INSTITUCION	INDEPORTES Antioquia
DEPENDENCIA	Medicina Deportiva – Comunitaria
FUNCION EN EL PROYECTO	Asesor Temático

DEDICACION AL PROYECTO	3 horas semanales
TITULO DE LOS DOS ULTIMOS PROYECTOS	
REFERENCIA DE LAS DOS ULTIMAS PUBLICACIONES	

ANEXO 2

INFORMACIÓN SOBRE EL GRUPO RESPONSABLE DEL PROYECTO (SI APLICA).

- NOMBRE DEL GRUPO: Cultura Somática
- UBICACIÓN FÍSICA: Bloque 24 Oficina 339 Ciudad Universitaria, Universidad de Antioquia
- NOMBRE DEL COORDINADOR : Benjamín Díaz Leal
- DEPENDENCIA, TELÉFONO Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DEL COORDINADOR: Instituto Universitario de Educación Física, 425 92 68, Correo: benjamindiaz@hotmail.com
- NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO y VINCULACION CON LA UNIVERSIDAD

INVESTIGADORES	VINCULACION CON LA UNIVERSIDAD
Ángela Patricia Restrepo Suaza	Docente
Angela Urrego Tobón	Docente
Carlos Mauricio González Posada	Docente
Elvia Correa Gil	Docente
Enoc Valentín González Palacio	Docente
Gloria Montoya Cuervo	Docente
Gloria Cecilia Vallejo Rendón	Docente
Margarita Benjumea Pérez	Docente
María Beatriz Duque Jaramillo	Docente
María Teresa Restrepo Calle	Docente
Marina Quintero Quintero	Docente

Patricia Álvarez Zapata	Docente
Rubiela Arboleda Gómez	Docente

- NUMERO DE PROYECTOS TERMINADOS

PROYECTOS EJECUTADOS

- *Análisis Traductivo y Terminológico del Libro: "Medellín una ciudad para el Nuevo Milenio, Juegos Panamericanos 2003"*

Año: 1998-1999

- *Cultura Somática y Perfil Social. Estudio interdisciplinario del fenómeno deporte en una urbe latinoamericana, Medellín.*

Año: 1994-1997

- *Estudio Terminológico, a manera de ejemplo Cultura Somática*

Año: 1997-1998

- *Evaluación del impacto de la intervención social en la comunidad de Santo Domingo Savio: a través de la escuela de educación y formación deportiva*

Año: 1995

- *Formulación y montaje del semillero de estudios e investigación cultura somática*

Año: 2005

- *La Cultura Somática de l@s maestr@s en la tensión escuela - adolescente. Un estudio en la ciudad de Medellín: hacia la construcción de una pedagogía del cuerpo*

Año: 2002

- *La Participación Juvenil por Medio del Servicio Social Estudiantil y Su Aporte al Desarrollo Social Comunitario*

Año: 2000

- *La participación juvenil y su relación con la recomposición de tejidos sociales, un estudio de caso.*

Año: 1999

- *Las expresiones motrices y su relación con la cultura somática y el perfil social en adolescentes escolarizados de la ciudad de Medellín.*

Año: 1998-2002

- *Lineamientos curriculares e indicadores de logro del área de educación física, deporte y recreación en Antioquia.*
Año: 2000-2001

- TÍTULO DE LOS PROYECTOS EN EJECUCIÓN

PROYECTOS EN EJECUCIÓN

- *Los imaginarios de cultura somática que construyen los jóvenes escolarizados en Medellín a partir de las representaciones que transmite la televisión que ellos consumen.*

- *Efectos en la vida de las mujeres adolescentes a consecuencia de sus embarazos en Medellín entre el 1 de enero del 2000 a diciembre 31 del 2004.*

- *Diagnóstico e impacto de los procesos de capacitación y actualización, en educación física, recreación y deporte formativo, desarrollados entre 1998 y 2004, en los municipios no certificados del Departamento de Antioquia, periodo 1998-2004.*

- *Modelo interactivo fundamentado en la percepción sobre el movimiento humano (motricidad) y su relación con hábitos saludables para la promoción de la salud y prevención de enfermedades cerebro-cardiovasculares en escolares visitantes a Maloka.*

- FUENTES DE FINANCIACIÓN MÁS FRECUENTES
- NÚMERO DE PUBLICACIONES NACIONALES
- NÚMERO DE PUBLICACIONES INTERNACIONALES
- NÚMERO DE ESTUDIANTES GRADUADOS CON TRABAJOS DESARROLLADOS POR EL GRUPO (Discriminarlos por nivel del estudiante: pregrado, especialización, maestría, doctorado)
- TÍTULO E INVESTIGADOR PRINCIPAL DE LOS PROYECTOS EN EJECUCIÓN APROBADOS POR EL CODI (Proyectos cuyo investigador principal sea cualquier integrante del Grupo)

Anexo 1.

Código _____

**PERCEPCIONES, ACTITUDES Y PRÁCTICAS CORPORALES DE USUARIOS
DE PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL DEPARTAMENTO DE
ANTIOQUIA**

El objetivo del presente cuestionario es obtener información sobre las percepciones, actitudes y prácticas corporales, en relación con la actividad física, con el fin de elaborar propuestas que conduzcan a la reorientación y optimización de las políticas públicas, educativas y deportivas de los programas de actividad física del Municipio y el Departamento.

NOTA: La información obtenida será de uso exclusivo para la investigación y por tanto tendrá un tratamiento estrictamente confidencial. Para tal efecto se han sustituido los nombres por códigos numéricos

ENCUESTA

Fecha _____
Municipio _____
Profesión / ocupación _____
Estrato _____

1. Edad: _____ Peso _____ Talla _____ IMC _____

2. Sexo: (01) F _____ (02) M _____

3. Estado Civil

(01) Casado _____ (02) Soltero _____ (03) Separado _____ (04) Viudo _____

(05) Unión Libre _____ (06) Otro _____

4. Escolaridad

(01) Primaria _____ (02) Secundaria _____ (03) Técnico _____ (04) Universitaria _____

(05) Ninguno _____

5. ¿Usted trabaja?

(01) Sí _____ (02) No _____

6. En general, la labor que desempeña en su trabajo con relación al nivel de actividad física es

Nº		X
1.	Sedentario	
2.	Moderadamente activo	
3.	Muy activo	

7. ¿Tiene alguno de los siguientes factores de riesgo?

Nº		SI	NO
1.	Hipertensión Arterial		
2.	Diabetes		
3.	Dislipidemia		
4.	Sobrepeso		

8. ¿Sufre o ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades?

Nº		SI	NO
1.	Enfermedad cardiovascular (IAM)		
2.	Accidentes cerebrovasculares		
3.	Cáncer		
4.	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)		

9. ¿Ha recibido algún tipo de formación o educación sobre la práctica de la actividad física?

(01) Si _____ (02) No _____ ¿Principalmente dónde? Señale solo una

Nº		X
1.	Hogar	
2.	Escuela – Colegio	
3.	Universidad	
4.	Trabajo	
5.	Gimnasio	
6.	Otro. ¿Cuál?	

10. ¿Para usted qué es actividad física?

11. ¿Qué sabe sobre los beneficios de la actividad física?

Nº	Beneficios	X
1.	Sé muy poco al respecto	
2.	Conozco algunos de los beneficios	
3.	Tengo muy buena información y conocimiento al respecto	

12. ¿Qué piensa sobre la actividad física? Señale solo una.

Nº	Actividad física	X
1.	Es aburridora	
2.	Es importante	
3.	Es lo máximo	

13. ¿Le gusta hacer actividad física?

(01). Si ___ (02) No ___

14. ¿Con qué frecuencia realiza actividad física en la semana?

(01) Una vez _____ (03) Entre 3 y 5 veces _____
(02) Entre 2 y 3 veces _____ (04) Más de 5 veces _____

15. ¿Cuánto tiempo emplea por sesión en realizar su actividad física?

(01) Menos de 15 min. _____ (03) Entre 30 y 60 min. _____ (05)
Más de 90 min. _____
(02) Entre 15 y 30 min. _____ (04) Entre 60 y 90 min. _____

16. ¿Cuánto tiempo lleva realizando actividad física continua?

(01) Menos de 1 mes _____ (03) Entre 3 y 6 meses _____ (05) Más de 12
meses _____
(02) Entre 1 y 3 meses _____ (04) Entre 6 y 12 meses _____

17. En general, cuál ha sido el nivel de actividad física durante su vida:

Nº	Nivel de actividad física	X
1.	Sedentario	
2.	Moderadamente activo	
3.	Muy activo	

18. ¿En qué medio de transporte se desplaza habitualmente?

Nº	Transporte	X
1.	Bus, taxi, moto	
2.	Caballo	
3.	Bicicleta	
4.	Caminando	
5.	Otro. ¿Cuál?	

19. ¿Principalmente, por qué realiza actividad física? Escoja sólo una.

Nº		X
1.	Mejorar y proteger su estado actual de salud	
2.	Mejorar su apariencia personal	
3.	Mejorar fuerza, resistencia, flexibilidad y coordinación.	
4.	Mejorar las relaciones sociales	
5.	Disminuir los niveles de estrés	

20. ¿Qué sentimientos o emociones le genera realizar actividad física? Señale solo una.

Nº		X
1.	Indiferencia, me da lo mismo hacerla o no	
2.	Obligación, lo hago porque tengo que hacerla	
3.	Satisfacción por haber cumplido con un deber	
4.	Lo máximo; bienestar, deleite y placidez, me gusta	

21. ¿Considera que se han generado cambios en su vida por realizar actividad física?

(01) Si _____ (02) No _____

Si su respuesta es afirmativa, seleccione en orden de importancia los cambios generados, siendo 1 el más importante.

Nº	Cambios	X
1.	Salud. Mi estado actual de salud es mejor que antes	
2.	Alimentación, ha mejorado, consumo menos grasas y alimentos que no son sanos.	
3.	Apariencia personal, mi figura ha mejorado notablemente	
4.	Condición física, me siento mucho mejor en fuerza, resistencia, flexibilidad y coordinación.	
5.	Socialización, mis relaciones personales han mejorado	
6.	Estrés, me siento más relajado que antes	
7.	No he cambiado nada desde que realizo actividad física	

Otro cambio _____Cuál _____

22. En general, cómo percibe su experiencia en la práctica de la actividad física

Nº	Experiencia	X
1.	Positiva	
2.	Negativa	

23. ¿Está satisfecho con su apariencia física?

(01) Si ____ (02) No ____ Porqué?

24. En general, qué actitud tiene su familia frente a la actividad física

Nº	Actitud familiar	X
1.	Rechazo, no les gusta que realice actividad física	
2.	Indiferencia, no les importa si realizo o no A.F.	
3.	Apoyo, no realizan A.F., pero promueven que yo la realice	
4.	Acompañamiento, promueven la A.F. y la realizan	

25. En general, qué actitud tiene la población en su Municipio frente a la actividad física

Nº		X
1.	Rechazo, no les gusta realizar actividad física	
2.	Indiferencia, no les importa si hay o no actividades físicas para realizar	
3.	Apoyo, no realizan A.F., pero promueven que en el Municipio se realice	
4.	Acompañamiento y entusiasmo. Hay un movimiento positivo en torno a la actividad física en el Municipio	

26. En general, qué actitud tiene la administración de su Municipio frente a la actividad física

Nº		X
1.	Rechazo, no existen políticas claras que apoyen la promoción de la actividad física	
2.	Apoyo, no hay políticas definidas en A.F., pero promueven que en el Municipio se realice	
3.	Acompañamiento y compromiso. Hay un movimiento positivo en torno a la actividad física en el Municipio con políticas claras al respecto	

27. ¿Cómo considera el apoyo y la promoción de la actividad física, deportiva y recreativa en su municipio?

Excelente	Bueno	Regular	Deficiente

28. ¿Considera que los espacios para la práctica de la actividad física en su municipio son suficientes y adecuados?

(01) Si ____ (02) No ____

29. ¿Considera que la información y educación sobre la actividad física en su municipio son suficientes y adecuados?

(01) Si ____ (02) No ____

30. Usted regularmente ha tenido el hábito de consumir:

Nº	Consumo	SI	NO
1.	Alcohol		
2.	Drogas (Sustancias psicoactivas)		
4.	Cigarrillos		

31. El hecho de realizar actividad física ha incidido en la disminución del consumo de:

Nº	Consumo	SI	NO
1.	Alcohol		
2.	Drogas (Sustancias psicoactivas)		
4.	Cigarrillos		

32. ¿Para usted qué es su cuerpo?

33. ¿Está satisfecho con su cuerpo?

(01) Si ____ (02) No ____ Porqué?

34. Si usted pudiera cambiar una parte del cuerpo, ¿cuál cambiaría? Señale sólo una.

Nº	Cuerpo	X
1.	Rostro	
2.	Pecho – Senos	
3.	Abdomen	
4.	Glúteos	
5.	Piernas	
6.	Otra. ¿Cuál?	
7.	Ninguno	

35. ¿Cuál es la actividad que más le gusta realizar? Enumere en orden de preferencia siendo 1 la de mayor importancia.

Nº	Preferencia de actividades	
1.	Actividad física	
2.	Estudiar	
3.	Rumbeo	
4.	Trabajar	
5.	Ver televisión	
6.	Otro. ¿Cuál?	
7.	Ninguno	

36. ¿Cuáles son las actividades físicas que realiza con más frecuencia? Enumere en orden de importancia siendo 1 la de mayor jerarquía.

Nº	Preferencia de actividades físicas	
1.	Aeróbicos – Rumba	
2.	Caminatas	
3.	Ciclovías	
4.	Hidroaeróbicos	
5.	Spinning	
6.	Deportes de conjunto (fútbol, baloncesto, voleibol)	
7.	Deportes individuales (Atletismo, natación, artes marciales)	
8.	Actividades de aventura	
9.	Gimnasia de mantenimiento	
10.	Gimnasio	

37. ¿Le gustaría practicar otras actividades físicas?
 (01) Si ____ (02) No ____ ¿Cuáles?

1. _____
2. _____

38. ¿Cuál es el principal motivo por el cual usted no realiza actividad física?, señale sólo uno.

Nº	Limitaciones	X
1.	Pereza	
2.	Falta de dinero	
3.	Falta de tiempo	
4.	Falta de programas agradables	
5.	Falta de espacios adecuados	
6.	Falta de profesores capacitados	
7.	Otro. ¿Cuál?	
8.	Ninguno	

39. Usted cree que el profesor que dirige su actividad es:

Excelente	Bueno	Regular	Deficiente

40. ¿Cuál es el espacio que más frecuenta para hacer actividad física? Señale sólo uno.

Nº	Espacios	X
1.	La calle	
2.	El campo	
4.	El parque	
5.	El coliseo	
6.	Las placas deportivas	
7.	El colegio	
8.	El gimnasio	
9.	Otro. ¿Cuál?	

41. Tiene conocimientos sobre una alimentación saludable?
 (01) Si _____ (02) No _____

42. En general, usted considera que su alimentación es:

Nº	Alimentación	X
1.	No saludable	
2.	Poco saludable	
3.	Saludable	
4.	Muy saludable	

Explique:

Observaciones:

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Nombre del encuestador _____

RESPONSABLE DEL CONTROL DE CALIDAD: _____

INDEPORTES Antioquia – Universidad de Antioquia
Línea de Investigación “Cultura Somática”
Programa “Por su salud, muévase pues”
Maestría Motricidad y Desarrollo Humano



Anexo 3.

GUIA GRUPO FOCAL

ACTITUDES, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS CORPORALES DE USUARIOS DE PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

El objetivo del presente Grupo Focal es obtener información sobre las percepciones, actitudes y prácticas corporales, en relación con la actividad física, que ayude a complementar la información obtenida en las observaciones y las encuestas, con el fin de elaborar propuestas que conduzcan a la reorientación y optimización de las políticas públicas, educativas y deportivas de los programas de actividad física del Municipio y el Departamento.

NOTA: La información obtenida será de uso exclusivo para la investigación y por tanto tendrá un tratamiento estrictamente confidencial.

PREGUNTAS:

1. ¿Qué le gusta de la actividad física?
2. ¿Qué no le gusta de la actividad física?
3. ¿Qué le gustaría de la actividad física?
4. ¿Qué actividad física realizan?
5. ¿Qué piensan de la actividad física?
6. ¿Qué sentimientos le genera realizar actividad física?

Estas preguntas se pueden ampliar a otras, por los comentarios y discusiones que surjan en torno a los temas de investigación.



INDEPORTES Antioquia – Universidad de Antioquia
Línea de Investigación “Cultura Somática”
Programa “Por su salud, muévase pues”
Maestría Motricidad y Desarrollo Humano

Anexo 4.

Registros fotográficos



Foto 1, 2, 3 y 4. Municipio de Apartadó. Observaciones y Encuesta – Entrevista.



Foto 5 y 6. Municipio de Maceo. Observaciones y entrega souvenir en el gimnasio.

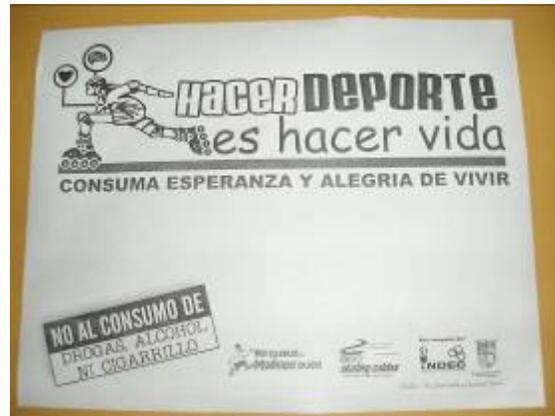


Foto 7, 8, 9 y 10. Municipio de Caldas. Observaciones y toma de Índice de masa corporal.



Foto 11, 12, 13 y 14. Municipio de Carolina del Príncipe. Observaciones contexto y clases, Encuesta - Entrevista.



Foto 15 y 16. Municipio de Cisneros. Observaciones clases



Foto 17 y 18. Municipio de Santa Fé de Antioquia. Observaciones.



Foto 19 y 20. Municipio de Ciudad Bolívar. Observaciones.