

**PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD
FÍSICA EN PERSONAS ADULTAS CON RIESGO DE PADECER
HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE PERTENECEN AL “GRUPO PRIMAVERA”
DEL BARRIO CAMILO TORRES DE LA CIUDAD DE POPAYÁN**

DIEGO ARMANDO LOZANO FLOREZ

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES, EXACTAS Y DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA, RECREACIÓN Y DEPORTE
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN BÁSICA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN
FÍSICA, RECREACIÓN Y DEPORTES**

Popayán

2011

**PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD
FÍSICA EN PERSONAS ADULTAS CON RIESGO DE PADECER
HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE PERTENECEN AL “GRUPO PRIMAVERA”
DEL BARRIO CAMILO TORRES DE LA CIUDAD DE POPAYÁN**

DIEGO ARMANDO LOZANO FLOREZ

PRACTICA SOCIAL

Director

Dr. GUILLERMO HERNANDO RODRIGUEZ

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES, EXACTAS Y DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA, RECREACIÓN Y DEPORTE
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN BÁSICA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN
FÍSICA, RECREACIÓN Y DEPORTES**

Popayán

2011

Nota de aceptación

Director _____

Dr. Guillermo Rodríguez

Jurado _____

Lic. Gerardo Jiménez

Jurado _____

Esp. Carlos Ignacio Zúñiga

Popayán, 11 de Marzo de 2011

DEDICATORIA

A mi familia, que me apoyo durante todo el tiempo que estuve en la universidad. A mi director, por su constante apoyo en la realización de este trabajo de grado. A cada uno de los profesores, por los aportes brindados durante todo el proceso académico. A mi compañera sentimental por su apoyo incondicional. Y en particular, al grupo Primavera por haber hecho parte de este proceso y haber confiado en mis capacidades.

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
LISTA DE TABLAS	vi
LISTA DE ANEXOS	vii
RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN	1
1. JUSTIFICACIÓN	3
2. OBJETIVOS	6
2.1. Objetivo general	6
2.2. Objetivo específico	6
3. REFERENTE TEMÁTICO	7
3.1. Salud	7
3.2. Promoción de la salud	18
3.3. Prevención de la enfermedad	26
3.4. Salud comunitaria	30
4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	37
4.1. Clasificación	39
4.2. Factores de riesgo mayores	40
4.3. Compromiso de órgano blanco y enfermedad cerebrovascular (COB/ECV)	41
4.4. Tratamiento de la hipertensión arterial	41
4.4.1. Tratamiento farmacológico	41
4.4.2. Tratamiento no farmacológico	44
5. ACTIVIDAD FÍSICA	47
5.1. Actividad física en adultos	56
6. CONTEXTO	64
7. SITUACIÓN A INTERVENIR	66
8. PROPUESTA PEDAGÓGICA	68
8.1. Introducción	68

8.2. Referente conceptual pedagógico	69
8.2.1. Principios pedagógicos	73
8.3. Referente conceptual disciplinar	75
8.3.1. Corriente de la actividad física y salud	75
8.4. Aspectos metodológicos	76
8.4.1. Propuesta metodológica	76
8.4.2. Metodología del trabajo de campo	77
8.4.3. Metodología de las clases	78
8.4.4. Estrategias didácticas	79
8.5. Plan de acción	81
8.5.1. Objetivo general	81
8.5.2. Objetivos específicos	82
8.6. Criterios de inclusión	82
8.7. Criterios de exclusión	82
8.8. Evaluación	83
8.8.1. Criterios de evaluación	85
8.9. Cronograma	87
8.9.1. Recursos	88
9. INFORME FINAL	90
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
11. ANEXOS	122

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Clasificación de la presión arterial	40

LISTA DE ANEXOS

	Pag.
Anexo 1. Toma inicial de datos	122
Anexo 2. Formato de encuesta	123
Anexo 3. Toma final de datos	124
Anexo 4. Formato de asistencia	125

RESUMEN

La promoción de la salud ha vivido un recorrido bastante extenso a través de la historia, y en la actualidad esta consolidada como concepto, pero no como derecho, aunque las leyes digan todo lo contrario, se ha quedado rezagada y no ha logrado el desarrollo esperado en Colombia. Este trabajo de grado está orientado hacia una aproximación teórica y procesual, de cómo abordar la promoción de la salud en adultos, utilizando la actividad física como un mecanismo de acción que ayuda a mejorar la salud, especialmente en el tratamiento de la Hipertensión Arterial. Una vez reconocido el referente conceptual se aborda la propuesta pedagógica como elemento de intervención en este tipo de población donde se discuten los pasos a seguir para cumplir con el objetivo general. En este proceso educativo se logró no solo intervenir una comunidad y aplicar los conocimientos adquiridos, también, transformar los hábitos y estilos de vida de un grupo de personas olvidados por el estado.

Palabras clave: Promoción de la Salud, Salud Comunitaria, Actividad Física, Hipertensión Arterial, Adultos.

INTRODUCCIÓN

El panorama de la salud comunitaria no es para nada alentador, todos los días personas enferman a causa de la mala calidad y estilo de vida que llevan, y no se toman medidas adecuadas para intentar al menos reducir las cifras. La salud siempre ha sido un tema importante en la educación de los adultos. Educarlos en salud es indispensable porque aprenden a identificar los riesgos a los que están expuestos como consecuencia de los malos hábitos. Para responder a las necesidades de salud de la población, el estado y los sistemas de salud deben estar fuertemente articulados, y ajustarse de manera permanente para mejorar la salud individual y colectiva que la sociedad tanto necesita.

Este documento surge como consecuencia del deseo de aplicar los conocimientos asimilados durante el proceso académico, ante la necesidad de conocer más sobre la manera adecuada de intervenir comunidades adultas y el más importante, mejorar los conocimientos en este campo. El fin de este trabajo de grado es ofrecer a un grupo de adultos con riesgo de padecer hipertensión arterial, un programa de Promoción de la Salud mediante la actividad física, que transmita conocimientos básicos acerca de los factores de riesgo mayores que afectan la salud, de la misma manera, indicarles la forma de ejecutar correctamente una sesión de actividad física encaminada a la disminución de los factores de riesgo.

En la primera parte de este trabajo se tratarán, desde el punto de vista histórico y conceptual, todos los aspectos relacionados con la salud, la Promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad, así como la importancia de la salud comunitaria en este tipo de intervenciones. Consecutivamente se abordará la

Hipertensión Arterial en toda su esencia, concepto, clasificación, tratamiento farmacológico y no farmacológico, seguido del referente actividad física, que se conceptualizará desde sus inicios y se abordará una visión desde la perspectiva de proceso y resultado, así como desde lo cualitativo y lo cuantitativo. También se tratará la actividad física en los adultos con sus respectivas etapas y beneficios.

Posteriormente, se conocerá una propuesta pedagógica que muestra el camino para intervenir una comunidad adulta, la cual puede ser tomada como guía para futuros procesos educativos de los colegas de la licenciatura, o de aquella persona que con formación básica en el tema, desee aplicarlo.

Por último, se presentará un informe final acerca de la labor realizada en la comunidad mediante una reflexión de la experiencia vivida, que refleja principalmente, las habilidades y destrezas adquiridas, la descripción analítica de las acciones y actividades en las cuales se participó y realizó con el grupo, los aportes al mismo y las recomendaciones con relación a las fallas y aspectos que deben ser mejorados en la comunidad.

1. JUSTIFICACIÓN

La Hipertensión arterial es una patología que afecta la salud de manera prevalente y que requiere de tratamiento para evitar mayores riesgos. Después de la promulgación de la Ley 100 de 1993 comenzaron a gestarse de manera acelerada programas especializados en Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad, encaminados a transmitir pautas para conservar la salud. La Hipertensión Arterial es una enfermedad crónica no transmisible que tiene mucha importancia por las muertes que ocasiona, por lo cual se hace necesario realizar actividades que permitan a la comunidad que esta en riesgo de desarrollarla o que ya la posee, controlar los factores de riesgo a los cuales se enfrentan si no implementan medidas preventivas, ya que la idea de estos programas es transformar las conductas inadecuadas y sedentarias que tienen adoptadas.

De esta manera, la Promoción de la Salud mediante un programa de actividad física, es la mejor alternativa y un componente importante del tratamiento no farmacológico para personas con Hipertensión Arterial y para aquellas que están en riesgo de padecerla, permitiendo a dichos individuos generar nuevos hábitos saludables en sus vidas.

La Promoción de la Salud se convierte entonces en el centro del proyecto, pues los beneficios que brinda a través de la actividad física, practicada adecuada y regularmente, serán los indicadores de vida saludable, y los resultados serán producto del deseo del individuo por abandonar los malos hábitos a los que estaba acostumbrado, "...la experiencia adquirida tanto en los países en desarrollo, como en los países desarrollados, indica que la alfabetización y los programas de

educación no formal pueden conducir a mejorar la salud y el bienestar general de modo significativo” (UNESCO, 1997).

Lo más interesante del proyecto, es saber que se va a intervenir una comunidad en riesgo y se va a ofrecer al grupo la posibilidad de hacer parte de un programa que sin duda alguna, mejorará la calidad y el estilo de vida a la que están acostumbrados, un plan creado con aportes de ellos y al alcance de todos sus integrantes sin necesidad de llegar a ser invasivo o tratar de implantar unas reglas a seguir.

Por otra parte, el interactuar con el grupo mediante la actividad física permite afianzar la comunicación entre las partes y conocer sus comportamientos, pensamientos, actitudes, aptitudes, fortalezas y debilidades, características que permitirán mas adelante, hacer ajustes para un mejor desarrollo de lo planeado. También permite mostrarse como una persona con la voluntad y la capacidad de querer ayudar al grupo mediante herramientas como la educación, además de verse y ser tomado como un individuo con conocimientos y soluciones a la problemática que les atañe, situación que posteriormente mejoraría la adhesión de los individuos al tratamiento no farmacológico de dicha patología.

Este proyecto se convierte en una novedad para la comunidad de adultos, porque dentro de los planes del gobierno para la salud de la comunidad, que por cierto, no se han cumplido a cabalidad, no han tenido una capacitación ni la información pertinente con respecto al manejo adecuado de la Hipertensión Arterial como principal factor de riesgo para su salud. La labor del educador físico en este campo es desarrollar ante, y con la comunidad, los contenidos necesarios que les permitan detectar los factores de riesgo a los que se enfrentan en la cotidianidad,

transmitir conocimientos teóricos y prácticos, intervenir positivamente mediante el desarrollo de un plan que permita vivenciar los beneficios de éste sobre la salud, y lo mas relevante, ser un claro ejemplo de lo que se debe hacer para mejorar de cierta manera el estado de la salud y la calidad de vida.

Con el aporte de conocimientos y vivencias, se pretende que el grupo pueda seguir practicando actividad física como un medio de prevención de los riesgos a los que pueden estar expuestos si persisten en prácticas sedentarias, y adherir mas personas al grupo con el fin de darle la continuidad y la trascendencia que se merece.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- ✓ Desarrollar un programa de Promoción de la Salud desde el campo de la actividad física, encaminado a transmitir pautas para detectar factores de riesgo para la Hipertensión Arterial en adultos que habitan en el barrio Camilo Torres de la ciudad de Popayán.

2.2. Objetivos Específicos

- ✓ Promocionar la salud desde el campo de la actividad física.
- ✓ Establecer las cifras tensionales y detectar los conocimientos acerca de la Hipertensión Arterial del grupo de estudio antes y después del programa de actividad física.
- ✓ Brindar a los adultos pautas para detectar los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial.

3. REFERENTE TEMÁTICO

3.1. SALUD

El hombre, en su larga y constante evolución, se ha encargado de formular a sus inmediatas generaciones los consejos y conocimientos básicos que le permitan el desarrollo de un estado de bienestar óptimo, es por ello que en la historia de la humanidad e inclusive antes de Cristo, han existido creencias y prácticas para mantener la salud y evitar enfermarse, amuletos, talismanes, hechizos y pulseras hacen parte de las diferentes prácticas y tradiciones que generación tras generación han sido transmitidas entre las diferentes culturas que habitan alrededor del mundo, las semillas son un claro ejemplo de ello cuando los indígenas las ponen en las muñecas de sus pequeños (Restrepo, 2001).

En el año 1947, Guthrie explicó el concepto de salud que empleaban los griegos, afirmando que hacia el año 1250 a. c., Esculapio (Asklepios), dios de la salud, tuvo dos hijas, Hygea la diosa de la salud, quien dió origen a la palabra higiene y, Panacea conocida como la diosa de la curación. En aquellos tiempos la Higiene tenía una connotación más amplia, por lo que a Hygea se le conocía como la diosa del arte de estar sano y, a Panacea como la diosa de las medicinas y los procedimientos terapéuticos (citado por Restrepo, 2001).

En la actualidad la higiene es un concepto de suma prevalencia, tomar un baño y lavarse dientes y manos, tan solo hacen parte de una gran variedad de costumbres personales diarias. De otro lado, las medicinas siguen gozando de

una buena reputación, con la diferencia que la ciencia y la tecnología son sus más cercanos aliados a la hora de combatir enfermedades.

De la misma manera, la autora especifica que en los tiempos de Homero se pedía a los dioses una larga vida y si era posible una muerte sin dolor, Platón decía que era mejor tener poco dinero y estar sano, que estar enfermo y ser rico, y los seguidores de Pitágoras recomendaban una vida pura a través de dietas y prácticas especiales, dando un gran valor a la música como terapia para restaurar el equilibrio, hoy por hoy, técnica empleada en ciertas artes marciales. Dichas realidades no parecen estar muy distanciadas en contenido de nuestro contexto, mientras que muchas personas en ocasiones se identifican con la teoría de Platón, que por cierto, es una postura muy interesante, otros estarían dispuestos a seguir a Pitágoras o guiarse por las creencias de Homero.

Fueron muchas las excentricidades y exageraciones en aquella época, a tal punto que Platón calificó de “enfermedad” la preocupación por la salud que sentían muchos griegos en aquel momento, afirmando que “el cuidado perpetuo de la salud parece otra enfermedad” (Sigerist, 1941, citado por Restrepo, 2001), frase que en la actualidad refleja lo que algunas personas piensan de la actitud de otras frente a la obsesión de querer estar súper-saludables, tanto física como mentalmente, y es cierto, hay personas que se exceden demasiado en sus pretensiones al desear obtener un estado óptimo de salud sin percatarse que unos buenos hábitos físicos y alimenticios bastan para lograrlo.

El Imperio Romano, tuvo una visión más realista del tema, Plutarco, un médico reconocido de la época exaltaba el trabajo como fuente de salud, manifestando que el hombre debía dedicarse a las numerosas actividades humanas para lograr

una buena salud, ya que el excesivo cuidado del cuerpo para los hombres de ese tiempo era inútil y se tornaba afeminado, por lo cual basaron su concepción de salud en la mente, consagrando el celebre aforismo “mente sana en cuerpo sano” (Restrepo, 2001), concepción que aún en nuestros días sigue vigente, y refleja un estado de equilibrio que sin duda, es sinónimo de salud.

Del cristianismo se exaltó al espíritu como principal elemento de la salud. De los musulmanes es digno mencionar la concepción de los hospitales que tenían, los cuales contaban con bibliotecas, jardines, patios para lectura, narradores de cuentos y en las noches se tocaban suaves músicas para adormecer los que tenían problemas de insomnio, ambiente totalmente impensable en nuestros días, debido a las tantas inequidades que caracterizan el presente.

Guthrie en 1947 (citado por Restrepo, 2001), trajo a consideración un caso muy especial que se dió en la época del renacimiento, período en el cual aparecieron personajes tan importantes en beneficio de la salud pública como Fracastoro, considerado como el primer epidemiólogo por su interés en las enfermedades epidémicas y los mecanismos de transmisión de ellas, y el descubrimiento del microscopio en el siglo XVIII, uno de los avances más importantes en medicina y que permite el reconocimiento de seres vivos como causantes de enfermedades.

Luego aparecen grandes personajes encargados de resaltar, vigorizar y contribuir con nuevas teorías al concepto de salud pública que se manejaba por aquellos días, y que de cierta forma ya comenzaba a tomar otro nombre con sus aportes, entre los cuales sobresalen Johann Peter Frank en Alemania, el cual trato pacientes, reorganizo hospitales, enseñó a estudiantes e instruyó a monarcas en cómo proteger la salud, Edwin Chadwick, pionero de la salud pública inglesa quien

participó en la revisión de las Leyes de los Pobres y las Condiciones Sanitarias de la Clase Trabajadora, el francés Louis-René Villarmé quien denunció las condiciones de salud de los obreros de la industria textil, Rudolf Virchow patólogo Alemán, considerado el padre de la medicina social por sus hallazgos científicos, y Henry Sigerist, uno de los mas brillantes salubristas, quien concibió las cuatro funciones de la medicina (Restrepo, 2001), todos ellos ideólogos, cada uno a su manera y con distinto aporte, de lo que conocemos hoy como salud pública.

Los anteriores conceptos fueron algunos de los más relevantes en la historia de la salud sin desmeritar otros, pues existieron más culturas que manejaron el concepto a su manera, tal vez igual o diferente a los nombrados, lo cierto es que el concepto ha trascendido y ha venido reforzándose con el pasar de los tiempos de diferentes maneras y a través de cada uno de los grandes períodos que han marcado el transcurso de la historia.

La salud representa la parte más importante en la vida de cada persona y es un requisito para la plena convivencia entre seres humanos, pues de un buen estado de salud dependen las buenas relaciones interpersonales de los mismos. Cualquier malestar por simple que parezca, ya sea una simple gripe o una patología de consideración, afecta en lo más mínimo el estado de ánimo de la persona y por consiguiente, afecta su disposición a la hora de compartir y relacionarse con los demás. La constitución de la OMS de 1948 define la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1998).

Es importante recalcar que un buen estado de salud no es solo sentirse bien en la parte física, mental y social, sino que se convierte también en un proceso que

humaniza, donde el reconocimiento de uno mismo y de los demás, para complementar se debe dar un autoconocimiento

*La salud comprendida desde la motricidad humana es un proceso vital de humanización, que como acto de interacción formativa, promueve la construcción corpórea en todas sus esferas, en lo individual y colectivo; a partir de procesos de autoconocimiento, diálogo, autonomía y participación, fundamentados en la educación. El fin de la salud es el bienestar armónico de nuestra corporeidad, de nuestras relaciones y del entorno, que trasciende en un **saber vivir** en el contexto social, natural y cultural. Dar salud es un acto de amor propio, colectivo y ecológico que nos humaniza (Revista Ciencias de la Salud, Unicauca Ciencia, 2000).*

En general, la salud pública ha hecho parte de un proceso de transformación, reconstrucción y retroalimentación que viene de generación en generación. En el año 1920 A. Winslow la definió como “la ciencia y el arte de impedir enfermedades, prolongando la vida, fomentando la salud y promover la eficacia física y mental mediante el esfuerzo organizado de la Comunidad” (citado por Peñate, 2002), comenzaba a gestarse una nueva significación que implicaba otro sentido desde el momento en el cual se involucró la sociedad en el proceso, cuando se le dió la prioridad y el protagonismo del contexto.

De la misma manera Peñate (2002) afirma que la “Salud Pública tiene como objetivo la prevención, viene impuesta por las autoridades sanitarias”, objetivo que se ve reflejado cuando realizan campañas de prevención como las del sida, de accidentes de tránsito o de cualquier otro tipo, donde las personas actúan de manera pasiva, atendiendo y aplicando lo estipulado.

El proyecto de ley 052 aprobado en plenaria del Senado de la República (2005) define la salud pública en el artículo 41 como “el conjunto de políticas públicas, acciones y servicios, que buscan mejorar las condiciones de vida y bienestar del individuo y las colectividades bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de la comunidad, los particulares y todos los sectores” (Cardona, Hernández, Yepes, 2005). Sin duda alguna, para mejorar las condiciones de vida de los habitantes de Colombia teniendo como eje la salud, no solo es necesario la acción política a través del derecho a la seguridad social y todo lo demás, sino el respeto de las necesidades básicas y de los derechos humanos a que tiene lugar cada uno de nosotros, es una cuestión de equidad.

El concepto biomédico hizo crisis, y se ha generalizado un nuevo paradigma que considera a la salud como un concepto holístico positivo que integra todas las características del “bien-estar humano”, y que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas “necesidades básicas” y el derecho a otras “aspiraciones” que todo ser humano y grupo desea poseer; es decir, que además de tener donde vivir, que comer, donde acudir si se está enfermo y contar con trabajo remunerado, también necesita acceder a otros componentes de la salud, tales como: los derechos humanos, la paz, la justicia; las opciones de vida digna, la calidad de esa vida; la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer, de tener acceso al arte y la cultura y en fin, de llegar a una vejez sin discapacidades... (Restrepo, 2001: 24).

Como se puede observar, la salud pública es un establecimiento donde se congregan las necesidades de salubridad del ser humano, eventos que el gobierno central debe estar en capacidad de solucionarle al pueblo y que por derecho y ley son innegables. Parece ser que el Estado no ha logrado

desprenderse del estigma del siglo XX, o quizás no se ha percatado que estamos en el siglo XXI.

...en el siglo 19 la atención a los enfermos -no existía el concepto moderno de ciudadano o cultura de la salud- se consideraba obligación de asociaciones caritativas y no del Estado, o la disposición de vivienda digna o el disfrute de tiempo para la recreación recuperadora; solo hasta hace muy poco se consideran necesidades sociales que deben garantizarse de alguna manera (Silva 2005, p. 11, citado por Gil, 2008).

Desafortunadamente habitamos en un país que carece de un buen sistema de salud pública y que constantemente hace que nos cuestionemos. “Los cambios tan rápidos e irreversibles que caracterizan a los tiempos en que vivimos, obligan a proyectarse constantemente hacia el futuro, pero los sistemas de salud ni siquiera han logrado avanzar al ritmo que imponen las necesidades sentidas por las poblaciones” (Carta de Ottawa, 1986), las leyes no se cumplen a cabalidad y la falta de liderazgo gubernamental a la que está siendo sometida nuestra nación en este campo, la esta convirtiendo en un ente sin dirección.

La actualidad Colombiana en salud no es nada alentadora, pues hace parte de una fuerte crisis que ha venido lesionando el sector de la clase trabajadora en los últimos tiempos, hecho que no es un acontecimiento, es más bien el reflejo de las políticas que rigen nuestro país. La crisis viene de décadas atrás y es resultado de la globalización que se puso de moda en los años ochenta, cuando los países empezaron a endeudarse, políticas neoliberales que en su afán de buscar el tan anhelado desarrollo y sin medir las consecuencias, terminaron creando una crisis económica y social, (Ahumada, 2003).

La esencia de la visión neoliberal fue (y es) la convicción de que los mercados, liberados de la interferencia del gobierno, "son los mejores y más eficaces adjudicadores de recursos en la producción y distribución" y por lo tanto constituyen el mecanismo más eficaz para promover el bien común, incluida la salud. La participación del gobierno en la economía y en los procesos sociales debe reducirse al mínimo, ya que los procesos cuyo motor es el Estado son intrínsecamente despilfarradores, engorrosos y reacios a la innovación. "El Estado benefactor, en el criterio neoliberal, dificulta el funcionamiento 'normal' del mercado" y por lo tanto desperdicia inevitablemente los recursos y rinde resultados insatisfactorios (Coburn, 2000, citado por OMS, 2005: 24).

He ahí un motivo de los crecientes recortes en lo que tiene que ver con la inversión pública, ya que para lograr dicho crecimiento económico, los países deben ejecutar políticas para estimular el crecimiento, sin preocuparse demasiado de las consecuencias sociales a corto plazo (OMS, 2005), lo cual se ve reflejado en la pobre y difícil situación que sufren muchos sectores en el país cuando quieren hacer uso de los derechos que poseen, especialmente las personas de bajos recursos. "En los países en desarrollo, los servicios de salud y de educación se han visto afectados negativamente por la crisis económica,..." (UNESCO, 1997). -No es difícil encontrar casos donde los integrantes de una familia carecen de dichos servicios-.

"La globalización está afectando a la cohesión social de muchos países, y no cabe duda de que los sistemas de salud, elementos fundamentales de la estructura de las sociedades contemporáneas, no están funcionando todo lo bien que podrían y deberían" (OMS, 2008), y es una dificultad que se ve reflejada cada vez más, en la inconformidad de los usuarios ante la incapacidad del estado de no poder brindar

un servicio de salud con la cobertura suficiente, de modo que tenga la capacidad de cubrir la demanda y las necesidades de los pueblos.

De esta forma, enfermarse no es la mejor opción para las personas que pertenecen a los estratos sociales bajos y que no están en capacidad económica de gozar de seguridad social a través del régimen contributivo o tampoco hacen parte del régimen subsidiado, quizás por falta de cobertura o por negligencia de los integrantes de la familia que no han diligenciado su ingreso al régimen, pues no existen garantías de una atención segura y con equidad, un fenómeno que aumenta con el pasar de los días. “La pobreza es el problema central que certifica la inequidad e injusticia de las sociedades divididas en clases sociales, problema especialmente común en la Modernidad” (Gil, 2008).

Sin duda alguna, la pobreza se convierte en una amenaza para la salud y una aliada de la enfermedad, pero es la falta de equidad y justicia al momento de actuar, lo que tiene en serios problemas al sistema de salud y al estado en general, quien “Mantiene la fragmentación del sistema entendida como diversos regímenes con beneficios distintos según la capacidad de pago de la población y no según sus necesidades” (Cardona *et al.*, 2005).

Uno de los factores que modifica negativamente la salud de las personas en todo el mundo es el estilo de vida, las malas costumbres tanto alimenticias como físicas, son conductas humanas que llevan al sedentarismo. “Los países en desarrollo también están experimentando un incremento de problemas de salud relacionados con el estilo de vida,...” (UNESCO, 1997), situación que posteriormente empeora la calidad de vida.

“Lo que se define como salud o enfermedad, como bienestar o malestar, depende no sólo de factores individuales y biológicos, sino del entorno social y cultural dentro del cual vivimos, trabajamos, y nos relacionamos” (UNESCO, 1997). Enfermarse es sinónimo de sufrimiento, la gente desprotegida sabe por experiencia que esto es verdad, en muchos casos las personas que carecen de seguridad social, y las que la tienen también, han tenido que esperar largas horas para ser atendidas ante la negativa de los hospitales al no cumplir con ciertos requisitos, que parecen tener mas prevalencia que la misma salud, hasta el punto de fallecer en la espera sin solución alguna, “crudo pero real”. Es una situación que no debería presentarse en la actualidad según lo estipulado en la ley 100 que afirma todo lo contrario de la siguiente manera:

ARTICULO 162. Plan de Salud Obligatorio. El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnostico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan (Ley 100, 1993: 72).

Artículo que a la fecha no se ha desarrollado en su esencia, pues aún existen grupos poblacionales vulnerables, incluso familias en la ciudad misma, que no han tenido la oportunidad de acceder a algunos de dichos beneficios, etapas muy importantes en el desarrollo de la calidad de vida de cada ser humano que deberían ser la prioridad, y que hoy por hoy parecen ser omitidas. Parece ser muy claro lo que el gobierno decreta para el pueblo pero muy diferente la realidad a la que pertenece.

Es aceptable el aumento en la cobertura como principal logro del sistema, pero existen evidencias que muestran que el aseguramiento constituye uno de los problemas más notables del sistema de salud colombiano, “No solo no se ha logrado la meta de universalización prometida, sino que persisten barreras al acceso...” (Cardona *et al.*, 2005).

*Según cifras oficiales, a diciembre 31 de 2004, la población cubierta en el sistema de seguridad social en salud era alrededor de 30 millones de personas, equivalentes al 67.0 de la población (DANE, 2005), de las cuales 15.527.481 estaban afiliadas al régimen subsidiado y 14.857.250 al contributivo (Ministerio de la Protección Social, 2005 citado por Cardona *et al.*, 2005).*

La asistencia sanitaria es el sector donde se gasta el mayor presupuesto de Salud, ya que genera una gran demanda de usuarios, cualquier persona desea contar con la mejor atención y los mejores adelantos cuando enferma, “Por consiguiente el usuario contribuye y presiona para que el gasto en asistencia sanitaria sea mayor en detrimento de otras aéreas donde la eficacia en Salud Pública sería mayor” (Peñate, 2002).

Pero estos beneficios no se han repartido de manera uniforme. Han estado acompañados de enormes retrasos en muchos sectores de la población. La mayor parte de los habitantes del mundo sigue viviendo en la pobreza; su situación habitacional es pobre, las condiciones desfavorables para la salud. Mucha gente sigue sin tener acceso a los servicios básicos de salud. A pesar del progreso en el control de ciertas enfermedades, siguen aumentando muchas enfermedades contagiosas como la malaria. De manera simultánea están surgiendo nuevas enfermedades epidémicas (UNESCO, 1997).

Se ha observado con detenimiento la principal razón del bajo nivel de atención en salud pública al que estamos sometidos, aunque otros sectores digan lo contrario, pero también hemos visto con claridad como la salud pública en su recorrido por la historia, ha cambiado trascendentalmente en pro del bienestar de la humanidad gracias a una serie de aportes que le han permitido re-dimensionar su concepto, dando como resultado el desarrollo de la ya nombrada promoción de la salud, la cual emerge como respuesta ante la necesidad de actuar frente a los determinantes de la salud.

3.2. PROMOCION DE LA SALUD

La Nueva Salud Pública va mas allá de lo tradicional, “A lo largo de la historia la salud pública ha tenido diferentes ámbitos de actuación,... se basaba principalmente en evitar el contagio de enfermedades infecciosas, pasando por la época en la que se consideraba la salud como una simple ausencia de enfermedad” (González, 2009), actualmente el concepto es mucho más amplio y se basa en la Promoción de la Salud (PS) como un camino para mejorar la calidad y el estilo de vida de las personas.

En el año 2001, Helena Restrepo trajo a consideración algunos antecedentes incuestionablemente importantes de la PS, que jugaron cada uno a su manera un papel vital en la historia de este componente de la salud. En la Edad Media se destaca el caso del filósofo Judío llamado Maimónides, quien en su obra *-Sobre las causas y naturaleza de la Enfermedad-* habla de la importancia del aire libre para conservar la salud y de la relación entre la salud física y la salud mental.

De los Musulmanes sobresale la política de subsidios para los hospitalizados, a quienes se les daba un dinero suficiente para sostenerse hasta que estuviera en condiciones de retomar su trabajo (Guthrie, 1947, citado por Restrepo, 2001), situación impensable en nuestra actualidad nacional.

También se resalta el evento del descubrimiento de América, donde el encuentro de conocimientos y prácticas que se dio entre los europeos y las culturas del nuevo mundo, tuvieron gran importancia y trascendencia en el futuro de la PS, pero con seguridad no solo intercambiaron enfermedades (señala la autora), sino medidas de prevención y promoción que posteriormente serían aplicadas.

Asimismo, la autora señala que en el siglo XVIII Jean Jacques Rousseau afirmó que el hombre es bueno y es el único que puede cambiar su situación, pero es ignorante porque no se le da el conocimiento necesario, y el Estado es “*corrupto*”, instrumento de opresión. La información debe llegar hasta las últimas esferas de la sociedad.

En esa misma época, John Locke formuló un programa de salud física y mental a través de la educación y Bernhard Christoph Faust, un médico que dedicó su vida a promover la salud y el bienestar general de su pueblo a través del *Catecismo de la Salud* publicado en 1774, un escrito histórico dirigido a maestros, padres y niños que resalta mensajes de la PS y del bienestar de una manera tan simple y clara, que aplicados en la actualidad con seguridad tendrían el mismo objetivo y resultado, un ejemplo es:

“P 9. ¿Pueden Uds. niños estar contentos, reír y bromear y estar listos para comer, tomar y dormir, cuando están enfermos?

R. No. Solamente podemos hacerlo cuando tenemos buena salud.”

Pero el aporte que más fuerza tuvo en el siglo XX fue el de Henry Sigerist, uno de los mas brillantes salubristas, quien concibió la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación como las cuatro funciones de la medicina, siendo el primero en usar el termino PS para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria, y las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida.

Se puede observar como estos y muchos otros aportes, que se dieron en diferentes épocas de nuestra historia, fueron claras evidencias de que nuestras anteriores generaciones no estaban conformes con el trato y las condiciones de vida y salubridad a las que estaban sometidas las sociedades en aquellos tiempos, y dieron muestras de querer transformar poco a poco el concepto de PS, que en la actualidad se ha fortalecido, “Este reconocimiento se evidencia en la sucesión de Conferencias Internacionales que, desde 1986, han brindado las orientaciones generales en el campo de la PS y han servido como referentes fundamentales para erigir a la promoción como un derrotero a seguir” (Eslava, 2006).

Sin embargo, existieron 2 aportes muy conocidos y quizás más importantes en la historia de la PS, que fueron un punto de partida para lo que hoy en día se pretende en todo el mundo; El Informe Lalonde (1974) en Canadá, donde se cuestionaron las políticas de salud debido a que los recursos en el área de la salud se dedicaban a la organización y mantenimiento de los servicios

asistenciales, y muy poco para incidir en los condicionantes de las enfermedades crónicas no transmisibles responsables de una gran mortalidad (Restrepo, 2001).

Y la renombrada Declaración de Alma-Ata (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978), que patrocinada conjuntamente por la OMS y la UNICEF, consideraron la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los trabajadores de la salud y del desarrollo, y de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Ambos aportes son sustentados de la siguiente manera:

Desde que la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud (1978) y la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (Ottawa 1986) identificaron el papel esencial de la educación para la salud, ha habido un progreso considerable en el mejoramiento de la salud mundial. Han disminuido las enfermedades infecciosas y la mortalidad infantil. Más personas están mejor nutridas. Se tiene más acceso al agua limpia y la gente vive más tiempo que antes (UNESCO, 1997).

Situaciones positivas que siguen siendo insuficientes, ya que en la realidad Colombiana tristemente aún existen poblaciones vulnerables, expuestas a la pobreza, a la falta de alimentos y lo peor de todo, a la falta de agua potable, todo ello influenciado por factores ambientales y sociales.

Contradictoriamente, la incorporación de la Promoción de la Salud en los países de América latina no ocurrió inmediatamente después de la publicación de la Carta

de Ottawa (1986), como si sucedió en otros países. Fue necesario realizar un par de reuniones más, la Conferencia y Declaración de Santa Fe de Bogotá(1992) y la Conferencia y Carta de Trinidad y Tobago(1993), para lograr este objetivo e incentivar a las autoridades sanitarias en la tarea de implementar esta metodología en sus políticas de salud (Restrepo, 2001).

La Promoción de la Salud es un termino relativamente nuevo e innovador que genera algo de confusión, pues ha sido interpretada de varias maneras en diferentes contextos debido al sentido que ha adquirido en su corto trayecto, "...el gran despliegue que ha tenido y el arduo trabajo teórico y operativo que se ha desarrollado a su alrededor no ha eximido a la PS de cierta ambigüedad en el abordaje y de la presencia de algunos equívocos frente a su misma definición y puesta en marcha" (Eslava, 2006).

Sin embargo, este concepto ha sido respaldado por cada una de las reuniones que se han desarrollado alrededor del mundo después de la Primera Conferencia Internacional de la Salud, como es el caso del Grupo de Trabajo de la OMS 1989, Conferencia y Declaración de Yakarta 1997, Conferencia y Declaración de Santa Fe de Bogotá en 1992, la V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México, 2000, entre otras, que han aclarado y fortalecido un tema que aún genera polémica y críticas tanto positivas como negativas por su cercanía y hermandad con la Prevención de la Salud.

En 1986, en desarrollo de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa, se promulgó la Carta de Ottawa, la cual surgió como respuesta a la necesidad de buscar un nuevo acercamiento a los múltiples problemas de salud que aún hoy exigen solución en todas partes del planeta y en

la cual se caracterizó a la promoción de la salud como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren”, es decir, proporcionar a las comunidades los medios necesarios con las características precisas, para que puedan mejorar o mantener estable su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

“La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes” “El papel del sector sanitario debe orientarse cada vez más hacia una promoción de la salud, más allá de su responsabilidad de prestar servicios clínicos y curativos” (Carta de Ottawa, 1986), servicios que no tendrían tanta demanda si se optara por una educación en salud, claro esta, todo en la medida que las personas cambien los estilos de vida en busca de bienestar, y se hagan partícipes de un proceso en el cual son el centro de atención.

El concepto de la promoción de la salud se basa en la interpretación social y cultural de la salud y la enfermedad. La promoción de la salud es el proceso de capacitar a la gente para que adquiera mayor control sobre su salud; se lleva a cabo a través de la acción intersectorial. ...promueve que se alcance el máximo nivel de bienestar físico, mental y social para todos. (UNESCO, 1997).

En Colombia después de la promulgación de la Ley 100 de 1993 comenzaron a multiplicarse los programas referentes al área de la salud, fundamentados en el artículo 153 donde quedaron consignadas las reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y donde convergen términos como la equidad, la obligatoriedad, libre escogencia, participación social y otros mas:

3. Protección integral. El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud (Ley 100, 1993: 62).

Lo cierto es que muchas personas no han tenido la oportunidad de acceder a algunos de dichos beneficios. La educación, característica fundamental de la promoción de la salud y etapa muy importante en las mediaciones de tipo social, debería ser la prioridad, pero hoy por hoy parece ser omitida, ya que la gente enferma y luego se educa sobre las medidas que pudo haber tomado. “La PS surge entonces, como una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud en el mundo” (Restrepo, 2001).

La salud del pueblo es una responsabilidad de todos comenzando por la toma de conciencia de cada quien, pero apoyado por las políticas de los entes encargados de dicha tarea como es el caso del gobierno, y de la cual hacen parte los profesionales de la salud. Entonces, “la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida” (Carta de Ottawa, 1986), y permite llegar a grupos de personas que están en todo el derecho de conocer estrategias que les permitan tomar decisiones con respecto a su salud, pero también prepara a la población para las diferentes etapas de la misma, de modo que puedan afrontar las enfermedades y lesiones con mas aptitud y un poco de conocimiento, todo esto siempre y cuando, tengan la capacidad de asumir con responsabilidad el control de todo lo que determine su estado de salud. Y como

afirma Kickbush (1994), es todavía, “*un niño del cual nos sentimos orgullosos*” (citado por Restrepo, 2001), ya que no ha desarrollado todo el potencial para el cual fue concebido.

Sin embargo, no sobra decir que la importancia de saber transmitir, saber llegar al público, tener el conocimiento y saberlo aplicar, es la mejor forma de influir positivamente en las decisiones que tomen los sujetos, y de esta forma promover los cambios de actitudes y las prácticas saludables en pro de la misma, “la educación y la comunicación crean el conocimiento necesario para que los sujetos y los grupos sociales se informen y conozcan de su salud” (Forero, 2004).

Abordar las personas de la mejor manera posible, permite que ellos se tranquilicen y se muestren como seres humanos, y de esta manera se puede ejercer un pleno intercambio de ideas que beneficiarán tanto al sujeto cuando adquiere conocimiento, como al promotor de la salud que adquiere información valiosa de las dificultades que los asechan, condiciones que posteriormente permitirán el desarrollo de planes a seguir.

Por ultimo, no hay que olvidar que la promoción de la salud debe ir articulada con la prevención de la enfermedad, concepto que tuvo en algún momento de la historia, el centro de atención y la importancia que en la actualidad ostenta la promoción de la salud.

3.3. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

En un comienzo, el ser humano en el largo proceso de evolución, se vio en la necesidad de aprender a sobrevivir para afrontar la vida en pro de su bienestar, comenzando por conseguir que comer, hasta como cuidarse para no enfermar. “Las primeras prácticas del cuidado surgieron por instinto y la observación de la naturaleza, al aprender de los animales e identificar las circunstancias más evidentes que producían enfermedad”, “Por el método de ensayo y error el hombre primitivo encontró plantas y minerales, para tratar las enfermedades” (Muñoz, 2004).

No hay duda que el ser humano se ingenio la forma de subsistir a través del tiempo, pero fueron sus inmediatas generaciones las encargadas de darle forma a un concepto que necesitaba establecerse en un espacio donde las necesidades en salud estaban a la espera.

Muñoz (2004) afirma que los Egipcios antiguos se preocuparon bastante por la limpieza del cuerpo y de sus casas, en todas las clases sociales era habitual lavarse las manos por las mañanas, por la tarde y antes de cada comida, además, cada mes empleaban purgantes como símbolo de purificación interna con el fin de liberar los *metu* (según su creencia el cuerpo estaba constituido por canales llamados metu, cuyo centro era el corazón) del peligroso contenido intestinal, práctica que se realizaba con el objetivo de prevenir enfermedades.

De la misma manera, la autora agrega que en la época de los filósofos científicos se creyó que el equilibrio entre agua, tierra, fuego y aire, prevenía las

enfermedades, sin descuidar las recomendaciones sobre la dieta, la meditación, el ejercicio y la música. De Hipócrates se destacó la concepción de que la enfermedad no era obra de espíritus, dioses o demonios, sino la consecuencia de transgredir las leyes naturales, fundamentando la confianza en la naturaleza para conseguir y mantener la salud.

Décadas mas tarde, Galeno, médico romano que vivió del 129 al 200 d.C., otorgó gran importancia a la prevención de las enfermedades mediante regímenes higiénicos, con especial énfasis en el descanso y el ejercicio, aspectos fundamentales que unidos a los elementos de construcción que poseían: desagües, suministros de agua, calles pavimentadas, casas bien construidas y baños públicos; contribuyeron a mantener un adecuado régimen sanitario.

Pero el antecedente, quizás más importante, que cita Muñoz (2004) sobre la prevención de la salud, fue que después de la caída del imperio romano, aproximadamente entre los siglos III Y V, cobro fuerza el Cristianismo, la inclinación a la generosidad sin esperar ningún tipo de recompensa, dio origen al cuidado de los enfermos. Esta situación contribuyó al descuido de la prevención de la enfermedad, y se dirigió sólo a los aspectos propios del cuidado, donde los cuidadores arriesgaban su vida al entrar en contacto con los enfermos ya que las epidemias asolaban la población.

En la Edad Media, siglo V al XV, el cuidado de los enfermos continuó siendo prestado por las comunidades monásticas (ordenes religiosas), la concentración de las poblaciones sin medidas sanitarias eficientes, con altos índices de miseria, motivó a que los cuidadores salieran de los claustros y se atendiera a la población en sus domicilios. Las Agustinas, los Franciscanos y las Carmelitas, fueron

algunas de las órdenes religiosas que proporcionaron cuidado al interior de los monasterios.

Dichos datos, permiten establecer una gran similitud y consanguinidad entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tanto en la actualidad como en los antiguos registros, dado que las culturas comenzaron a implementar medidas para evitar enfermarse como la limpieza del cuerpo, lavarse las manos, el ejercicio y la dieta, creencias que automáticamente fomentaban y permitían conservar la salud. Aspectos que no se distancian mucho de la educación en salud, cuando las culturas transmitían a los hijos dichas medidas, "La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la *promoción de la salud*" (OMS, 1998).

El concepto de prevención de la enfermedad, a su vez, incluye las acciones que tienen como finalidad evitar y/o limitar la presencia y desarrollo de las situaciones y factores que favorecen, condicionan y/o acompañan cualquier patología, esto es, las acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno que evitan la incapacidad prolongada, invalidez o muerte. (Jáuregui, 2001).

De igual forma la OMS (1998) afirmó que "La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los *factores de riesgo*, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida". Sin duda alguna nuestros antepasados no dudaron en tomar medidas para prevenir la enfermedad, pero es en la actualidad donde mayor dominio se tiene del tema, gracias a los avances científicos.

En la prevención de la enfermedad se distinguen ciertos niveles de intervención que se aplican en la población, “La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado...” (OMS, 1998).

La medicina preventiva que se ocupa de evitar que una enfermedad aparezca se conoce como profilaxis primaria. Si se ocupa de evitar que una enfermedad alcance a manifestarse clínicamente, esto último mediante el diagnóstico o la detección precoz, se habla de profilaxis secundaria. Cuando la medicina preventiva se ocupa de evitar complicaciones de enfermedades ya establecidas se habla de profilaxis terciaria (Agest, 2007).

La prevención primaria se ve reflejada en la sociedad cuando las autoridades sanitarias implementan campañas de salud donde se quiere que las personas adopten conductas adecuadas, como es el caso de los programas de vacunación, el uso del casco, las campañas contra el sida, y otras. De otra parte, la prevención secundaria y terciaria se refleja en el modelo tradicional, la medicina curativa, cuando se detecta una enfermedad y se sigue un plan de tratamiento, ya sea para controlarla o eliminarla por completo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los individuos.

“En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del *sector sanitario*, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a *factores de riesgo* identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes *comportamientos de riesgo*” (OMS, 1998). De cierto modo, es una acción que es obligación del estado, y queda establecida en el artículo 162

de la ley 100 de 1993, citado con anterioridad (Pag. 7). Además, es una conducta que básicamente radica en el hecho de intervenir los factores de riesgo y modificar los comportamientos que atentan contra la calidad de vida, mediante campañas dirigidas a la comunidad, convirtiéndose ello, en una meta fundamental de la prevención de la enfermedad.

3.4. SALUD COMUNITARIA

“Un elemento fundamental de las políticas de promoción de la salud es la acción comunitaria” (UNESCO, 1997), ambos son mecanismos de la salud que deben ir articulados a la hora de intervenir una población sea cual fuere el objetivo. Desde este punto de vista la salud comunitaria esta vinculada íntimamente con la PS y se convierte en el mejor aliado de la salud cuando de intervenir poblaciones se trata.

Surge entonces el fortalecimiento de la acción comunitaria como una de las medidas para el pleno desarrollo de la PS, donde la prioridad es lograr un mejor estado de salud a través de la información que se les brinda.

La promoción de la salud funciona mediante acciones comunitarias concretas y efectivas para establecer prioridades, tomar decisiones, planificar estrategias y aportar medios para lograr una salud mejor. En el corazón de este proceso está el empoderamiento de las comunidades -el capacitarlas para que puedan controlar y ser dueñas de sus propios empeños y destinos-.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales existentes en ella para llevar a cabo la auto-ayuda y el apoyo social, y en crear

sistemas flexibles que refuercen la participación y la dirección públicas en las cuestiones de la salud. Esto requiere un acceso completo y continuo a la información, conocer oportunidades para la salud, así como soporte financiero (Carta de Ottawa, 1986).

Por otro lado la OMS (1998) dice: “La *acción comunitaria para la salud* se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia para mejorar la *salud*.” No queda duda que entre la comunidad debe existir un fuerte lapso de unión para lograr tal fin, pero mas importante aun, es el empoderamiento de si mismos, lo cual da la posibilidad de abordar las necesidades sanitarias.

El concepto de empoderamiento para la salud de la comunidad guarda estrecha relación con la definición de acción comunitaria para la salud de la Carta de Ottawa. En este concepto, una comunidad empoderada para su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas. Mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud de su comunidad (OMS, 1998).

El empoderamiento de la comunidad se convierte en el centro y eje de la salud comunitaria, dependiendo en gran parte de el, ya que una comunidad organizada y bien informada, se convierte en ejemplo de superación para la salud. Notoriamente es una situación que parece estar en el olvido, pues la inversión en este campo no se ha hecho sentir como una medida que ayude a mejorar, tanto el

estilo como la calidad de vida de la comunidad. “Es esencial capacitar a la población para que aprenda, a lo largo de su vida, a prepararse de cara a todas y cada una de las etapas de la misma, y a afrontar las enfermedades y lesiones crónicas” (Carta de Ottawa, 1986).

Gran parte de la inversión en salud esta destinada a financiar los problemas de salud ya existentes, y las cifras de personas con enfermedad aumentan; el resto de dicho capital se destina a mejorar las conductas de los ciudadanos y, los pocos que lo reciben, adquieren conocimientos básicos que le ayudarán a tomar medidas para evitar enfermar y mejorar la calidad de vida, “...se invierte mucho mas en asistencia sanitaria y en biología, siendo la eficacia mucho menor en la población, mientras que la inversión en estilo de conducta y ambiente es muy poca, pero se obtienen mejor eficacia” (Peñate, 2002).

La participación efectiva y concreta de la comunidad en la toma de decisiones para alcanzar un mejor nivel de salud, es un evento que hoy por hoy se ha tomado el escenario, ha sido motivo de varios estudios y tiene unos fines realmente claros, “En Salud Comunitaria los objetivos son la prevención, la promoción y la educación, las directrices parten de los profesionales de la salud después de hacer un estudio con la población, en los programas se implican a los usuarios de forma activa” (Peñate, 2002).

Dichos estudios, implican detectar las necesidades que padecen las comunidades y tomar medidas adecuadas mediante un programa de acción basado en la promoción, que cuenta con aportes de la misma comunidad y donde se involucran de forma activa, es decir, participan, proponen y actúan, “...se orientan en la consecución del beneficio individual y colectivo, que trasciende los ámbitos de la

medicina curativa para incursionarse en los terrenos de la promoción y la prevención,...” (Peñate, 2002). El problema radica en la poca atención que se le ha puesto a este tipo de programas.

Nadie en el mundo esta exento de padecer una enfermedad, pero cada quien esta en todo el derecho de informarse de los factores de riesgo que atentan contra la salud, ya sea por iniciativa propia o por información de segunda mano. En la carta de Ottawa (1986), quedo estipulado que la educación es uno de los requisitos previos para la salud, “Las condiciones y recursos fundamentales para la salud son: paz, cobijo, educación, alimento, ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad”.

Cuando las personas conocen todo lo necesario sobre una enfermedad, con seguridad tomaran medidas eficaces para mejorar su estilo de vida, y de este modo evitar padecerla en algún momento, pero cuando los individuos no conocen siquiera el significado de ella, lo mas seguro es que las malas costumbres provoquen el desarrollo de alguna en determinada etapa de la vida, inclusive sin percatarse de su presencia como es el caso de la hipertensión arterial. “La atención en salud debe estar centrada en el individuo necesitado, nunca en el agente de salud” (Peñate, 2002), las personas deben ser la prioridad y se hace necesario transmitirles cierto conocimiento antes que intervenir la salud.

Una investigación realizada en Estados Unidos encontró que los determinantes de salud se distribuyen de la siguiente manera: 27% a la biología humana, el 19% al medio ambiente, el 43% a los estilos de vida y solo un 11% al sistema sanitario, ahora, si se acepta que el medio ambiente esta interrelacionado con el comportamiento humano se obtiene un 62%, lo que indica que en las sociedades

actuales la preservación de la salud y de la vida pasan por una cuestión de comportamiento y estilo de vida de cada persona, mas que por el control de factores biológicos y la inversión en tecnología médica (Peñate, 2002), situación que refleja aun más, la importancia que desempeña la salud comunitaria en la sociedad de hoy.

La inversión en biología y tecnología médica es fundamental para el presente y el futuro, donde los virus y las bacterias están al acecho, pero es la inversión en medio ambiente, comportamientos y estilos de vida de las personas, lo que más importancia debe tener para el Estado, atendiendo a ésta, como una medida para evitar que las personas acudan a los establecimientos de salud, no para atender la enfermedad, sino por que desean hacerse un control para confirmar cual es su estado de salud.

La gran mayoría de nosotros en alguna oportunidad ha visitado un establecimiento de salud, ya sea por algún problema personal, familiar o una cuestión de amistad, y hemos tenido la triste vivencia de observar que la gran mayoría de los allí presentes son personas que están en edades adultas o son adultos mayores, que independientemente por lo que sea que estén ahí, posiblemente no tuvieron la oportunidad de acceder a programas de prevención, promoción y educación de la salud, ya sea intersectorial o multisectorialmente.

Es en este punto donde la salud comunitaria toma la importancia que ha adquirido en las ultimas décadas, brindando a la comunidad los medios necesarios para que se informen sobre los mayores riesgos que atentan contra la salud, “hablar de salud comunitaria significa entenderla como el conjunto de estrategias, métodos y actividades orientadas a mejorar el estado de salud de una población definida” (de

Peray, s.f.), y de esta forma disminuir de alguna manera la cifra de personas que visitan inesperadamente un hospital a causa de una complicación de la salud.

Desafortunadamente nuestro país cuenta con un régimen de salud un poco anacrónico, pues es “Un Sistema de Salud que aguarda pasivamente a que la salud se deteriore para acudir a repararla, sin intervenir en los patrones de conductas, ni en los contextos y ambientes que conjuntamente son responsables de este deterioro,…” (Peñate, 2002), es decir, el estado no le ha dado la importancia que se merece a la atención primaria, la prevención, la promoción y la educación para la salud, la población es la afectada directamente y se enferma a pesar de contar con los medios y el talento necesario para evitarlo.

Los accidentes y las enfermedades, o la complicación de alguna ya existente, son factores que interfieren en el normal desarrollo de las actividades diarias de cada persona, incidiendo negativamente en su quehacer y amenazando constantemente su calidad de vida. En la edad adulta se presentan una serie de factores biológicos que de una manera u otra alteran el pleno desempeño de las cualidades físicas, por tal motivo se hace necesario crear programas con la comunidad, no solo para aquellas que lo desean, sino para aquellas que se niegan a conocer y a vivenciar los beneficios de este tipo de eventos, y así mismo tengan la posibilidad de integrarse y preservar tanto la salud, como la integridad física. “Un estilo de vida activo es determinante de la salud mental y física. En realidad, no se puede esperar que el cuerpo de un sujeto se mantenga sano durante largos períodos de tiempo, si se abusa de él o se lo sobrealimenta” (Toscano y Rodríguez, 2008).

El desafío de la salud comunitaria es entonces, lograr que las personas tomen conciencia de los riesgos a los que esta sometida la salud. Uno de las principales objetivos a futuro de cada persona debe ser precisamente eso, controlar los factores que atentan contra la salud misma, y mas aun, en grupos sociales como los adultos, donde se debe asumir una responsabilidad mayor al momento de buscar y poner en práctica las medidas necesarias que contribuyen a mantener y mejorar el factor salud en pro de una mejor calidad de vida. Cada individuo debe tomar la decisión de intentar al menos, conservar su estado de salud en el más óptimo nivel a través de la práctica de buenos estilos de vida, como por ejemplo, la practica de una determinada actividad física.

Finalmente el problema se agrava cuando el adulto no toma conciencia, no toma las riendas de su problemática y no acude a métodos tan simples como cumplir con una rutina de ejercicio o pertenecer a un grupo donde verdaderamente puede encontrar el apoyo y la ayuda que necesita para controlar los riesgos que atentan contra la salud. “No podría haber una atención a los problemas de salud de la comunidad sin una excelente atención a los problemas de salud de los individuos que la componen. No se trata de oponer sino de complementar” (de Peray, s.f.).

4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) hace parte de las denominadas (ECNT) y que demandan un gran costo sanitario por ser enfermedades que evolucionan de manera progresiva a través del tiempo y que requieren control a través de consulta medica. “La escasez de síntomas que produce en sus etapas iniciales, unido al daño de la mayoría de los órganos y sistemas del organismo, le han dado el calificativo de enemigo o “asesino silencioso” (Miguel y Sarmiento, 2009).

Las ECNT, no sólo demandan de tratamientos farmacológicos costosos, sino que en su mayoría tendrán que administrarse de por vida. Además, un grave problema de las ECNT es su detección, ya que lamentablemente en su mayoría inician de forma silenciosa, del tal forma que cuando el paciente presenta síntomas, en general ya existe algún grado de daño a órgano blanco. El impacto que tienen las ECNT es devastador no sólo para el paciente sino para la sociedad en general. Afectan no sólo a grupos de la tercera edad, sino también a grupos de edad económicamente activos, limitando su capacidad funcional (Velázquez, Rosas, Lara, Pastelín, Sánchez, Attie, & Tapia, 2003).

La HTA es una enfermedad relativamente moderna para la civilización, y es entendida como “un trastorno del nivel promedio al que está regulada la presión sanguínea, tiene importancia clínica debido a que ésta elevación crónica lesiona órganos diana (corazón, vasos sanguíneos y los riñones)...” (Villegas, 2007).

Desde otro punto de vista “La hipertensión arterial (HTA) es la elevación de las cifras de presión arterial por encima de las consideradas como normales para el sexo y grupo de edades...” (Kaplan *et al.*, 1994 citado por Boraita *et al.*, 2000),

considerando que tanto las mujeres como los hombres, manejan diferentes cifras de presión arterial.

Según el Séptimo Informe del Joint National Comité (JNC-7) (2000), la HTA afecta aproximadamente a 1 billón de personas en todo el mundo. Al aumentar la edad poblacional, la prevalencia de HTA se incrementará a menos que se implementen medidas preventivas eficaces. La relación de presión arterial y riesgo de eventos de Enfermedad Cerebrovascular es continua e independiente de otros factores de riesgo. Cuanta más alta es la presión arterial, mayor es la posibilidad de infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ictus y enfermedad renal.

La adopción de estilos de vida saludables por todos los individuos es imprescindible para prevenir la elevación de PA y es indispensable como parte del manejo de los sujetos hipertensos. La modificación del estilo de vida reduce la PA, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular. Combinaciones de dos o más cambios en el estilo de vida pueden significar mejores resultados. (JNC-7, 2000).

Los riesgos a los que están sometidos los hipertensos se controlarán solo si el paciente está motivado para tomar la medicación prescrita y para establecer y mantener estilos de vida saludables, tanto físicos como alimenticios. La no adherencia de los pacientes a la terapia o a un programa de actividad física, o a ambos en el peor de los casos, se incrementa por desconocimiento de las condiciones del tratamiento, por negación de la enfermedad a causa de falta de síntomas, por falta de implicación del paciente en el plan de atención o por expectativas adversas sobre los efectos de la medicación (JNC-7, 2000).

Dichos factores deben ser abordados de la mejor manera por los interventores, que mediante el trabajo articulado, reforzarán las instrucciones para mejorar los estilos de vida del paciente y el control de la presión arterial como primera medida.

El enfoque de salud pública, como reducción de calorías, grasas saturadas y sal en los alimentos procesados y el incremento de oportunidades en la escuela y la comunidad para realizar ejercicio físico, puede conseguir una tendencia descendente en la distribución de la presión arterial poblacional, y así reducir potencialmente la morbilidad, mortalidad y el tiempo de riesgo de individuos que serán hipertensos. (JNC-7, 2000).

Los esfuerzos del sector salud en la lucha por mantener unos hábitos alimenticios estables se hacen deficientes si no se aplican masivamente, por tal motivo, cada uno de nosotros está en condición de aplicar y transmitir de la mejor manera, los conocimientos que se posean del tema, para contribuir en los objetivos que se han planteado en las diferentes leyes con el fin de mejorar la salud de las personas.

4.1. CLASIFICACION

Las cifras utilizadas para la clasificación de acuerdo a las diferentes asociaciones se basan en el valor promedio sobre el cual las complicaciones orgánicas se presentan con mayor frecuencia. “Debe destacarse que los valores para definir hipertensión son arbitrarios, pero se basan en el hecho que hay un incremento en el riesgo de sufrir un evento cardiovascular por encima de 120-129/75-79 mmHg, pero especialmente a partir de 140/90”, (Solorza, 2000).

TABLA 1

CLASIFICACION DE LA PRESION ARTERIAL PARA ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS		
Clasificación PA	PAS (mmHg)	PAD(mmHg)
Normal	< 120	< 80
PRE-HIPERTENSION	120 – 139	80 – 89
HTA Estadio 1	140 – 159	90 – 99
HTA Estadio 2	>160	>100

JNC- 7º, 2000

4.2. FACTORES DE RIESGO MAYORES

- Tabaquismo
- Dislipidemia
- Diabetes mellitus
- Edad mayor de 60 años
- Sexo:
 - ✓ Masculino
 - ✓ Mujer posmenopausica
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular:
 - ✓ Mujer menor de 65 años
 - ✓ Hombre menor de 55 años

4.3. COMPROMISO DE ORGANO BLANCO Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (COB/ECV)

- Enfermedad cardíaca:
 - ✓ Hipertrofia ventricular Izquierda
 - ✓ Angina o infarto previo
 - ✓ Bypass o angioplastia previa
 - ✓ Falla cardíaca

- ACV (Accidente cerebro vascular) o isquemia cerebral transitoria
- Nefropatía
- Enfermedad arterial periférica
- Retinopatía hipertensiva

4.4. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

4.4.1. Tratamiento farmacológico

El uso de fármacos para disminuir la presión arterial en pacientes hipertensos ha mostrado múltiples beneficios especialmente en aquellos con grados avanzados de la enfermedad, reduciendo el riesgo de complicaciones y deteniendo la progresión a una hipertensión más severa, (Ruiz y Feriz, 2000). Los fármacos utilizados en el manejo del paciente hipertenso son:

- **DIURETICOS:** Su efecto antihipertensivo se mantiene indefinidamente y disminuye la PA en promedio 10mmHg. Existen varios grupos entre los que se destacan:
 - ✓ Tiazidas
 - ✓ Indapamida
 - ✓ Diuréticos del ASA
 - ✓ Torasemida
- **BETABLOQUEADORES:** A nivel cardiovascular disminuyen la frecuencia cardíaca, fuerza de contracción y gasto cardíaco, además la velocidad de conducción A-V y el automatismo cardíaco.
- **ALFA BLOQUEADORES:** Bloquean selectivamente el receptor alfa 1 postsináptico vascular produciendo disminución del tono venoso arteriolar con disminución de la presión arterial. Disminuyen pre y postcarga.
- **ALFA BETA BLOQUEADORES:** Producen bloqueo de receptores alfadrenérgicos y bloqueo beta selectivo por lo cual tiene efecto vasodilatador periférico. Se distinguen el Labetalol y el Carvedilol.
- **INHIBIDORES ADRENÉRGICOS PERIFÉRICOS:** El agotamiento de las reservas de catecolaminas ocurre lentamente y produce disminución gradual de la resistencia vascular periférica y bradicardia.

- **AGONISTAS ADRENÉRGICOS CENTRALES:** Efecto antihipertensivo por disminución de la resistencia vascular periférica y el gasto cardíaco. Se distinguen la metildopa y la clonidina.

- **VASODILATADORES DIRECTOS:** Aumentan el volumen latido y el gasto cardíaco lo que explica porqué la PAD disminuye más que la PAS. Indicados en emergencia hipertensiva asociada a embarazo.

- **CALCIOANTAGONISTAS:** Tienen efecto benéfico o neutro sobre el metabolismo de los lípidos y la glucosa. Existen dos tipos:
 - ✓ No dihidropiridínicos.
 - ✓ Dihidropiridínicos.

- **INHIBIDORES DE LA ECA:** Estos fármacos controlan la PA, revierten la hipertrofia ventricular, mejoran la morbimortalidad en ICC e IMA, disminuyen la proteinuria y previenen el desarrollo de glomerulopatía diabética y no diabética, además mejoran la sensibilidad de la insulina.

- **INHIBIDORES DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II:** Útiles en pacientes con indicaciones para recibir IECA pero que desarrollan tos severa. Asociados a disminución excesiva de la PA: cefalea, mareo, astenia.

- **COMBINACIONES:** Las combinaciones farmacológicas efectivas utilizan fármacos de diferentes clases con el fin de tener efecto hipotensor aditivo mientras se minimizan las compensaciones que limitan la disminución de la presión arterial y los efectos adversos por dosis elevadas de un solo fármaco. Las combinaciones con eficacia comprobada son:
 - ✓ Diurético + beta-bloqueador.
 - ✓ Diurético + IECA o IRARA II.
 - ✓ Calcioantagonista + beta-bloqueador.
 - ✓ Calcioantagonista + IECA.
 - ✓ Alfa-bloqueador + beta-bloqueador.

4.4.2. Tratamiento no farmacológico

Antes de considerar una terapia activa, debe valorarse la necesidad de la prevención primaria y el control adecuado de los factores de riesgo reversibles. La prevención primaria permitirá interrumpir y prevenir el círculo continuo de la hipertensión”, (López, 2000). El tratamiento debe cumplir con lo siguiente:

- **Reducción de peso:** El exceso de peso e índice de masa corporal se correlaciona con el aumento de la presión arterial. La disminución de peso reduce la presión arterial. El efecto de la reducción de peso sobre la presión se incrementa por el ejercicio físico, la disminución en la ingesta de sodio y el consumo moderado de alcohol.

- **Abandono del hábito de fumar:** Una elevación significativa de la presión arterial acompaña al tabaquismo.
- **Reducción en la ingesta de sal:** La evidencia disponible sugiere que una alta ingesta de sal afecta adversariamente la presión arterial. El objetivo de la reducción de sodio en la dieta es lograr una ingesta menor de 6 gm al día de cloruro de sodio.
- **Consumo moderado de alcohol:** El abuso de alcohol es causa común de hipertensión reversible, puede causar resistencia a la terapia antihipertensiva y es factor de riesgo para accidente cerebro vascular.
- **Cambios complejos de la dieta:** Los vegetarianos tienen presión arterial más baja que los que consumen carne. Una serie de estudios indican que estos efectos dependen de un patrón dietético a base de frutas, vegetales, fibra y baja ingesta de grasas saturadas.
- **Ingesta de Magnesio:** Aunque existe evidencia que sugiere asociación entre baja ingesta de magnesio e hipertensión arterial no existen datos que justifiquen su consumo para bajar la presión arterial.
- **Factores psicológicos y estrés:** Su manejo puede tener impacto en el control de la hipertensión arterial y la adherencia a la terapia

antihipertensiva. Las terapias de relajación y biofeedback no son más efectivas comparadas con controles.

- **Actividad Física:** La evidencia de estudios indica que el aumento de la actividad física baja la presión arterial. Esto se logra con ejercicio moderado, como 30 a 45 minutos de caminata o natación tres a cuatro veces a la semana.

5. ACTIVIDAD FÍSICA

A través de la historia de la humanidad, la actividad física ha estado presente de manera directa o indirecta, como parte integral de la sociedad cuando de moverse se trata; desplazarse en busca del alimento y competir con otros para elegir el más atlético son un ejemplo de ello. “En todas las épocas se ha realizado ejercicio físico para mejorar las capacidades corporales. Se pretendía ser más rápido, más fuerte y más resistente. Y para ello se entrenaban en las civilizaciones griega y romana, y posteriormente, en la Edad Media” (de la Reina y Martínez, 2003).

Martínez (2002), habla sobre la historia de la civilización cretense, cuyo florecimiento esta fechado entre los años 2100 y 1100 a.c., donde se desarrollaban acciones corporales no violentas, rasgos muy frecuentes en otras culturas, donde la fuerza era una forma de mostrar superioridad y dominación.

La actividad física se fundamentó en aspectos lúdicos o religiosos que implicaban agilidad, velocidad, habilidad, movimiento, acrobacia y no tanto fuerza y resistencia para adaptarse al medio, dominarlo o defenderlo. No está presente el uso de la fuerza, la agresividad o la violencia corporal. Estos valores físicos no fueron objeto de desarrollo ni de interés en esta cultura ni para defender su tierra o sus posesiones (Martínez, 2002).

Ya en la antigua Grecia, la actividad física tomo tanta importancia, que logro que la civilización fuera recordada a través de la historia por sus hazañas deportivas, algo muy comparable con lo que se vive hoy en día en lo que se refiere a su practica, puesto que tanto desde el siglo pasado como en el presente, se practican

tantos deportes como jamás se ha tenido registro. Pero en lo que sin duda alguna no tenemos semejanzas, es en el derecho al acceso que tienen todos los estratos sociales al disfrute y beneficios de las prácticas deportivas en nuestra época, ya que por aquellos días, solo disfrutaban de ello quienes pertenecían a los estratos más altos de la sociedad.

Entre el siglo VII a.C. y el siglo V d.C.,... los deportes y las actividades físicas alcanzaron un grado de importancia tal, que solo se lo puede comparar con lo que sucede en la actualidad. Sin embargo esto es sólo aplicable a los estratos más altos de la sociedad, (aristocracia)... en el mundo griego había grandes diferencias sociales, y solo los mejor posicionados económicamente podían disfrutar de los placeres y beneficios que el deporte les brindaba (Toscano y Rodríguez, 2008: 5).

De aquella época, también es sumamente importante resaltar la labor de Hipócrates, creador de la escuela médica griega, el cual en sus escritos hace referencia al uso médico que puede tener el ejercicio físico, aconsejando prudencia en la reanudación de ejercicios vigorosos después de un reposo prolongado. El eje de todo se basaba en un equilibrio entre los ejercicios físicos, las comidas y las bebidas. “Y es que precisamente en la desaparición del equilibrio saludable entre unos y otros, se encontraba la causa primaria de la enfermedad” (Toscano y Rodríguez, 2008).

No hay duda que en aquel período, Hipócrates aparte de ser muy conocido en la civilización, le dio una gran importancia a la salud, logrando que la actividad física, articulada con los alimentos y las bebidas comenzara a tomar validez como un camino que lleva a mejores condiciones de vida. Concepto que a pesar de

haberse promulgado desde hace tanto tiempo, aun no se establece como una práctica diaria en nuestros días. Pero más importante aun, es el hecho de promover hábitos de vida saludable en un tiempo donde los avances científicos eran prácticamente nulos, y que de no ser aplicados correctamente conllevan a la enfermedad.

Hipócrates expuso diferentes tipos de actividades físicas tales como: el paseo considerado como un ejercicio natural, las carreras conocidas por sus efectos orgánicos, musculares y de resistencia, los ejercicios gimnásticos y las distintas formas de lucha... La salud independientemente del régimen de vida de cada sujeto era para Hipócrates la consecuencia de un oportuno equilibrio entre los alimentos (lo que nutre) y los ejercicios físicos (lo que gasta) (Toscano y Rodríguez, 2008).

También sobresalen los aportes de muchos otros grandes pensadores y profesionales de la medicina como Quintiliano, quien defendió la necesidad de dar paso a la actividad física, y Cicerón, quien propuso en uno de sus Tratados que los jóvenes ejercitasen su cuerpo al aire libre y en contacto con la naturaleza, como fuente de salud y bienestar físico (Álvarez y Antoñon, s.f.)

“La Edad Media tocó fin con la llegada del Renacimiento,... un período de la historia en el que la humanidad emergió finalmente del supuesto abismo de la Edad Media y alcanzó un nivel de civilización en el que pudo recuperar y comprender de nuevo las culturas clásicas de Grecia y Roma” (Contecha, s.f.). En esta época, siglos XVI y XVII, a la actividad física se le dio un enfoque humanista “que defiende una nueva concepción del mundo en la que el hombre ocupa un lugar preeminente,...” (Hernández, s.f.), por tal motivo comienzan a utilizarse los

ejercicios físicos y los juegos deportivos como un medio para la formación de los jóvenes.

Dado que el Renacimiento italiano se inicia casi un siglo antes que en el resto de Europa, podemos señalar a diversos autores que tratan el hecho deportivo a partir del siglo XV y que ya se les puede considerar por sus obras, como verdaderos humanistas. El primero de ellos es Pietro Paolo Vergerio (1349-1428), considerado como el verdadero fundador de la educación física;... incluye en su obra actividades como las carreras, saltos, natación, equitación, manejo de las armas de la época, vida al aire libre al estilo espartano y juegos de pelota, siempre que no sean perjudiciales... Guarino de Verona (1374-1446),... elaborando un programa de educación física con ejercicios de equitación, caza, juegos de pelota, natación y lanzamientos. Consideraba el ejercicio físico no sólo necesario como preparación para la guerra, sino también para la vida diaria (Hernández, s.f.).

De la misma manera existieron otros autores humanistas, como los Franceses, los Españoles y los Ingleses, que junto a los Italianos aportaron y contribuyeron a la transformación de la actividad física, que dejó de ser un instrumento para la guerra, para convertirse en un concepto de transformación y educación humana.

En la actualidad, y como resultado de todos estos aportes, encontramos un concepto fortalecido, que ha sido tratado desde varios puntos de vista, con diferentes conceptualizaciones y que no se aleja mucho de aquello que planteaban nuestros antepasados, donde la salud sigue siendo el tema y eje fundamental. Pérez y Devís (2003), establecen dos concepciones de la relación entre la actividad física y la salud, la perspectiva de proceso y la perspectiva de resultado, las cuales se deducen de la premisa que cualquier forma de practicar

actividad física no es necesariamente saludable, ya que los factores biológicos, personales y socioculturales derivados de dicha relación, generan distintos pensamientos que en este caso, orientan las propuestas dirigidas a promocionar la práctica de actividad física relacionada con la salud.

Desde la perspectiva de resultado, la práctica de actividad física se considera como un medio para mejorar la salud, entendida como ausencia de enfermedad. La función de la actividad física sería la de curar o evitar la aparición de enfermedades, especialmente aquellas que se asocian con el sedentarismo... Esta concepción se basa en el hecho de que el gasto energético asociado a la actividad física puede provocar determinadas adaptaciones orgánicas consideradas factores de protección frente a las enfermedades (Pérez y Devís, 2003: 71).

La práctica de actividad física toma fuerza cuando los resultados se hacen evidentes, es decir, cuando el organismo de la persona refleja los cambios fisiológicos que ella conlleva. Un ejemplo de ello es cuando la persona con hipertensión arterial declarada, después de practicarla durante un periodo de tiempo, muestra disminución en las cifras, comparada con las tomadas inicialmente, algo muy diferente a lo que se presenta en la perspectiva de proceso.

Desde la perspectiva de proceso la actividad física se considera fundamentalmente una experiencia personal y una práctica sociocultural, enfatizándose el potencial beneficio de la práctica de actividad física en el bienestar de las personas, las comunidades y el medio ambiente. La salud se vincula al concepto de calidad de vida, es decir, la percepción por parte de los individuos o los grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niega oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización

personal. Desde esta perspectiva, la actividad física, además de poder prevenir o curar enfermedades, encierra potencialmente otros beneficios saludables que no se traducen en adaptaciones orgánicas. Además de sus potenciales efectos en el funcionamiento de los sistemas orgánicos, la práctica de actividad física permite entrar en contacto con uno mismo, conocer a otras personas o, simplemente, disfrutar 'porque sí' de la práctica de las actividades (Pérez y Devís, 2003: 71).

Esta perspectiva es mucho mas completa, ya que la practica de actividad física es tomada como una experiencia de tipo sociocultural que aparte de generar beneficios al organismo, permite profundizar en el ser, donde los intereses propios que experimentan las personas en base a la voluntad y el deseo de vivenciar y disfrutar de la actividad física y conocer otras personas, se convierten en la esencia de todo.

De la misma manera los autores ilustran ambas perspectivas en el caso de dos mujeres, Julia y Mara, ambas con un nivel similar de condición física que corren 30 minutos 5 veces por semana al 70% de su frecuencia cardíaca máxima. Desde la perspectiva de resultado, las mujeres hacen lo mismo puesto que el tipo de actividad, la frecuencia, la intensidad y el tiempo estarán provocando adaptaciones similares en sus respectivos sistemas cardiorrespiratorios y locomotores. Sin embargo, desde la perspectiva de proceso es posible que mientras corren, Mara esté satisfecha porque correr le permite disfrutar de sí misma y de la compañía de su amiga, mientras Julia se sienta culpable porque piense que 30 minutos es muy poco, o que Julia odie su cuerpo y sienta una necesidad de hacer ejercicio para disminuir de peso mientras que Mara se acepte como es.

Lo cierto es que mientras ambas consiguen efectos orgánicos con la práctica, la vivencia de la experiencia en el proceso es totalmente distinta. De lo que no queda duda, es que la actividad física esta anclada en su gran mayoría en la perspectiva de resultado, la cual hay que fortalecer mediante su modulación con la perspectiva de proceso que genera un procedimiento mas constructivo al momento de emplearlo en una comunidad.

“Desde el punto de vista funcional y biológico, la actividad física puede ser considerada como todo movimiento corporal, producido por la contracción muscular, conducente a un incremento substancial del gasto energético de la persona” (Toscano y Rodríguez, 2008). Cada movimiento que generamos a diario conlleva a un gasto de energía, y la actividad física es un buen instrumento para lograr gastar la suficiente y mantener un buen equilibrio corporal.

Los mismos autores hacen referencia a una concepción desde una perspectiva más general, donde la actividad física puede ser distinguida desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo, “Los cuantitativos, se relacionan directamente con el consumo y movilización de la energía necesaria para la realización de la actividad física. Los cualitativos, se vinculan con el tipo de actividad a realizar, el propósito y el contexto social.” El trabajo articulado de estos dos componentes hace que la actividad física se torne mas clara al momento de aplicarla, pero la parte cuantitativa se hace mas importante cuando de disminuir cifras de tensión arterial se trata, ya que se tienen que manejar las variables frecuencia, intensidad y volumen de una manera adecuada.

Shepard (2003) reconoce que recién ahora se ha alcanzado consenso sobre la definición del término y destaca que la actividad física compromete a todos

los tipos de actividad muscular que incrementan sustancialmente el gasto energético y que el ejercicio es una subclasificación de actividad física regular y estructurada, ejecutada deliberadamente y con propósitos específicos como el mejoramiento de algún aspecto de la salud o la preparación para la competencia atlética (citado por Toscano y Rodríguez, 2008: 7).

Afirmación que automáticamente deja a la actividad física como un término universal del cual se derivan acciones como el ejercicio físico y el deporte, cada uno con intenciones distintas, pero con un fin mutuo, el incremento importante del gasto energético de la persona.

De otra parte, Ramírez (2002), da una interpretación de actividad física muy similar a lo anterior, enfatizando en el aspecto fisiológico de manera más general, la cual es entendida como “una serie de movimientos corporales producidos por los músculos esqueléticos que requieren consumo energético y que progresivamente producen efectos benéficos en la salud”, y agrega que la actividad física tiene relación directa con la disminución de la morbilidad y mortalidad, ya que reduce el riesgo de enfermar a partir de una serie de mecanismos fisiológicos y metabólicos (aumenta el HDL, disminuye los triglicéridos, estimula la fibrinólisis, altera la función plaquetaria, mejora la tolerancia a la glucosa y sensibilidad a la insulina, etc.).

No queda duda que la actividad física se ha forjado un camino enriquecedor a lo largo de la historia, pero lo que más trascendencia ha tomado, es el gran número de beneficios que han sido detectados como resultado de su práctica, gracias a los innumerables estudios médico-científicos en torno a la salud, que en últimas es la gran beneficiada. No hay que olvidar que dicha práctica debe cumplir con los

estándares que la rigen (frecuencia, intensidad, volumen) de acuerdo a las necesidades de la persona, sin olvidar lo imprescindible que es la armonía entre actividad física, alimentación y hábitos de vida saludable.

En la actualidad, está comprobado que la actividad física es uno de los principales agentes que se utilizan para mantener la salud y prevenir enfermedades, siempre y cuando esté oportunamente dosificada y planificada de acuerdo a las necesidades del sujeto, ya que de esta forma pueden llegar a mejorar sus funciones vitales (respiratoria, cardiovascular y metabólica). Asimismo y en lo referente a la relación existente entre actividad física y dieta alimentaria, seguiremos los principios de la Teoría Hipocrática que propone el equilibrio justo entre alimentación y ejercicios físicos (Toscano y Rodríguez, 2008: 8).

A pesar de las evidencias que arrojan los estudios acerca de los beneficios de la práctica de actividad física y de los riesgos que genera el sedentarismo, no se ha logrado un consenso a nivel de políticas de salud pública que implante un programa dirigido de actividad física para la vida diaria de las personas. En los Estados Unidos por ejemplo, definieron como prioritario los programas de ejercicio físico preventivo, porque vieron la necesidad de incorporarlo oficialmente en la vida diaria ante los diversos problemas de salud, para lo cual incluyeron el acondicionamiento físico como proyecto gubernamental, con el fin de promover la actividad física y motivar a las personas a realizar ejercicio, ya que la inactividad física en este país tiene un costo de \$117 mil millones de dólares al año (Ramírez, 2002).

Es cierto que los Estados Unidos es un país desarrollado y que Colombia hace parte del grupo de países en fase de desarrollo, lo cual nos distancia demasiado

desde muchos puntos de vista, pero se debería considerar la opción como una medida para disminuir las cifras de personas que fallecen a causa de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, y de esta modo disminuir el costo en el sector sanitario que trae consigo la inactividad física para el estado, e invertir dichos recursos en el campo de la promoción, “Los bajos niveles de actividad física aumentan todas las causas de mortalidad; el aumento en la actividad física durante la edad madura se asocia con disminución en el riesgo de mortalidad” (Ramírez, 2002).

Finalmente, la actividad física se convierte en un camino y un modelo a seguir, y un medio a través del cual, además de permitir el contacto con otras personas, aumenta la esperanza de vida al mejorar la calidad y el estilo de esa vida, “...junto al auge que han desarrollado los deportes competitivos, ha crecido una forma de exponer la convicción de que la actividad física moderada y bien dirigida, es un medio idóneo para lograr mantener una vida sana” (Toscano y Rodríguez, 2008).

5.1. ACTIVIDAD FISICA EN ADULTOS

La organización mundial de la salud en desarrollo de la 61ª asamblea mundial de la salud en 2008 presento el proyecto de plan de acción para la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en el cual señalo a la inactividad física como un factor de riesgo modificable común para las enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares.

Los datos científicos actuales indican que cuatro tipos de enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades

respiratorias crónicas y diabetes) son las principales causas de mortalidad en la mayor parte de los países de ingresos bajos y medianos y exigen la adopción de medidas coordinadas. Estas enfermedades son prevenibles en gran medida mediante intervenciones eficaces que abordan los factores de riesgo comunes, a saber, consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol. Además, las mejoras del tratamiento de esas enfermedades pueden reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad, y contribuir a mejorar los resultados sanitarios (OMS, 2008).

Considerando lo anterior, la actividad física regular es el medio ideal para que las personas adultas que están en riesgo de desarrollar hipertensión arterial o que ya la han desarrollado, puedan controlar sus factores de riesgo, prevenir complicaciones de tipo cardiovascular y mejorar la calidad de vida, “La actividad física puede ayudar a retrasar o prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas y trastornos relacionados con el avance de la edad, y a mantener la agilidad física y calidad de vida en personas mayores” (American Heart Association, 2006). A medida que pasan los años aumenta el riesgo de desarrollar algún tipo de enfermedad, ya sea por malos estilos de vida o por factores genéticos.

El envejecimiento es un proceso complejo que involucra muchas variables, tales como factores genéticos, estilo de vida y enfermedades crónicas, que al interactuar entre sí influyen significativamente en la forma de envejecer. La participación regular en actividades físicas, tanto aeróbicas como de fortalecimiento, genera una serie de respuestas favorables que propician un envejecimiento sano (ACSM, 1998).

Mientras el sedentarismo es un factor de riesgo para la salud, practicar actividad física produce beneficios a la misma. El sedentarismo está asociado con el

desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, y la práctica de actividad física de tipo aeróbico aporta mejoras tanto en el aspecto físico como en el psicológico de aquellos adultos que están en proceso de envejecimiento y que tienen hábitos inadecuados. “El cuerpo humano ha sido diseñado para moverse y requiere por tanto realizar ejercicio de forma regular para mantenerse funcional y evitar enfermar” (Palacios y Serratos, 2000).

Sin embargo, las personas no han tomado conciencia de la importancia de dicha práctica, pues hay casos donde a los adultos se les ha recomendado por parte de los médicos, articular la medicación con actividad física, y se ha hecho caso omiso a esta sugerencia en la mayoría de los casos. “Aproximadamente el 33% de los hombres hispanos/latinos y casi el 40% de las mujeres hispanas/latinas no realiza actividad física de manera regular” (American Heart Association, 2006), cifra que debería causar algo de preocupación en el sector sanitario, ya que dichos comportamientos conducen a alteraciones en la salud.

“El hipertenso es ya un enfermo, al que tenemos que orientar para que el ejercicio físico controle mejor su presión arterial, reduzca sus factores de riesgo coronarios y arteriopáticos, y mejore su humor disminuyendo su estrés. En la HTA el deporte ha demostrado ser un buen arma terapéutica” (Pérez *et al.*, 2000: 714). Sin duda alguna, la hipertensión arterial es un problema de salud pública que genera grandes gastos en su tratamiento por parte del estado, debido a los malos hábitos tanto físicos como alimenticios y según criterios médicos, su manera de controlarla varía según el grado en el que se encuentre, pero indiscutiblemente, la mejor forma de intervenirla después de la farmacológica, es realizar actividad física regular bajo condiciones adecuadas. “Siempre que se vaya a realizar actividad hay que tener en cuenta que, una presión arterial sistólica de 200 mm Hg y una

actividad física mayor de 6.0 METS) conllevan a un riesgo de muerte cardiovascular” (Aristizábal, s.f.).

Según estudios realizados, parece que existe una relación entre la actividad física y la esperanza de vida, de forma que las poblaciones más activas físicamente suelen vivir más que las inactivas. Por otra parte, es una realidad que las personas que realizan ejercicio físico de forma regular tienen la sensación subjetiva de encontrarse mejor que antes de realizarlo, tanto desde el punto de vista físico como mental, es decir tienen mejor calidad de vida (Palacios y Serratosa, 2000).

De hecho, la sensación de bienestar que experimentan las personas después de haber realizado actividad física, es uno de los muchos beneficios que brinda esta practica, pero el mas importante de todos, desde el punto de vista de los hipertensos, es aquel que se refleja en la disminución de las cifras tensionales, “Previene y controla la presión arterial alta, lo cual reduce la carga de trabajo del corazón y el nivel de tensión en los vasos sanguíneos, y ayuda en la prevención de ataques al corazón y ataques cerebrales” (American Heart Association, 2006).

“21 estudios desde 1999 hasta el 2001 sobre hipertensión arterial y actividad física muestran una reducción de presión arterial sistólica de 10.5 mm Hg y diastólica de 7.6 mm Hg .Dicho beneficio es tanto para hombres como para mujeres independientemente de la edad” (Rogers *et al.*, 1996 citado por Aristizábal, s.f.).

Entre los beneficios adicionales que se derivan del ejercicio regular se incluyen una mejoría en las condiciones óseas y como consecuencia, un riesgo menor de padecer de osteoporosis; una mejoría en la estabilidad

postural y por lo tanto, una disminución en la posibilidad de caerse, herirse y fracturarse y finalmente, un aumento en la flexibilidad y en el rango de movimiento (ACSM, 1998).

A pesar de generarse en el organismo gran cantidad de beneficios, también se esta en riesgo de complicaciones por un inadecuado manejo de la actividad física. Los eventos cardiovasculares y las lesiones musculoesqueléticas son un ejemplo de ello, como resultado de un sobreesfuerzo o de una caída respectivamente. El riesgo siempre esta presente.

Entre los posibles problemas derivados de la práctica de actividad física, el más frecuente es el riesgo de lesiones musculoesqueléticas. Este es fácil de evitar si no se cometen excesos y el nivel de actividad aumenta de forma lenta y progresiva hasta alcanzar el deseado. Por otro lado, si bien es cierto que el ejercicio físico intenso aumenta considerablemente el riesgo de eventos cardiovasculares (infarto agudo de miocardio o muerte súbita cardíaca), tanto en individuos previamente sedentarios como en aquellos que realizan actividad física de forma regular, el riesgo global sigue siendo claramente inferior en estos últimos (Palacios y Serratosa, 2000).

Lo más crucial en el caso de tener un grupo con ambas características, es identificar las personas que han estado inactivas durante largos periodos, y realizar un proceso de adaptación en un determinado tiempo, con el fin de equilibrarlos fisiológicamente con el grupo que realiza actividad física regular, y así poder establecer objetivos más comunes, como por ejemplo, un trabajo aeróbico al 70% de la frecuencia cardiaca máxima para quemar grasas. Lo mas importante de todo sigue siendo ir de lo mas fácil a lo mas complejo, es decir trabajar la actividad física de lo leve a lo moderado para evitar episodios embarazos.

El gasto energético para lograr beneficios de la actividad física debe ser por lo menos de 200- 250 kilocalorías/día. Un programa de actividad física depende del estado de acondicionamiento físico en que se encuentre la persona. Un gran porcentaje de adultos no requieren la evaluación médica para comenzar con un programa de actividad física, pero si los hombres sobrepasan los 40 años y las mujeres los 50, y además presentan enfermedades crónicas o tienen factores de riesgo para enfermedad crónica, y quieren realizar ejercicio intenso, tendrán que consultar a su médico para que les diseñe un programa seguro y efectivo (Ramírez, 2002). “El riesgo de desarrollar hipertensión en hombres sedentarios con presión arterial normal es de 35% a 70% más comparado con personas físicamente activas” (Haapanen *et al.*, 1997 citado por Aristizábal, s.f.).

La actividad física ha demostrado ser una práctica sumamente beneficiosa en la prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud, así como un medio para forjar la disciplina y la toma de decisiones, beneficiando así el desenvolvimiento del practicante en todos los ámbitos de la vida cotidiana. De este modo, la actividad física se convierte en el primer indicador de un estilo de vida saludable, “El objetivo principal de estar “físicamente activo” no es adelgazar, sino adquirir — y mantener — un estilo de vida sano” (American Heart Association, 2006), jugando un papel muy importante en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles como lo son la osteoporosis, diabetes, trastornos mentales, ansiedad, depresión, estrés, entre otras, y la hipertensión arterial como una de las que mas prevalencia tiene.

De este modo, la práctica de actividad física debe ir acompañada por el fortalecimiento muscular, un instrumento más para el deseo de un envejecimiento sano, pues a medida que la edad aumenta se pierde masa muscular y fuerza. No hay que olvidar que a parte del aumento de edad, el sedentarismo también es un

factor que provoca dicho proceso, “Ya que la sarcopenia y la debilidad muscular pueden ser una característica casi universal del envejecimiento, deben ponerse en práctica estrategias para preservar o aumentar la masa muscular en los adultos mayores” (ACSM, 1998), entendida la sarcopenia como la pérdida de masa muscular.

...la capacidad de entrenamiento de los individuos mayores, incluyendo a los octogenarios y nonagenarios, es evidente en su habilidad para adaptarse y responder al entrenamiento de resistencia y de fortalecimiento. Es de gran importancia que las disminuciones de los factores de riesgo que se asocian con niveles de enfermedad como enfermedades del corazón, diabetes, etc., mejoran la salud y contribuyen con el incremento de las expectativas de vida. El entrenamiento de fortalecimiento ayuda a compensar la pérdida de masa muscular y de fuerza que por lo general se asocia con el envejecimiento normal (ACSM, 1998).

Según El Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM, 2000), las recomendaciones generales para ejercitar personas con hipertensión arterial deben considerar una frecuencia de 3-7 días por semana, una duración de 30-60 minutos y una intensidad del 40 al 70% del VO₂ max. con el objetivo principal de acumular un gasto calórico de 700-2000 Kcal por semana (citado por Hernández, 2004).

Entonces, es claro que el ser humano necesita actividad física para generar un efecto beneficioso sobre la salud, que se verá reflejado en el desempeño de las diferentes actividades y una mejor actitud frente a las situaciones que se presentan en el diario vivir, “...los beneficios que se asocian con la actividad física regular y el ejercicio, propician un estilo de vida más saludable e independiente, lo

cual mejora de forma significativa la capacidad funcional y la calidad de vida de la población mayor” (ACSM, 1998).

“La participación regular en actividades físicas, tanto aeróbicas como de fortalecimiento, genera una serie de respuestas favorables que propician un envejecimiento sano” (ACSM, 1998), por tal motivo, implementar un plan de actividad física en una comunidad se convierte en el mejor y más importante medio para generar en el grupo, mediante la promoción de la salud, una conciencia sobre la necesidad de adaptar prácticas deportivas aeróbicas en busca de cambios en el estilo de vida, mejoramiento de la salud e incremento de la autoestima, es decir, modificar los hábitos de vida a los que están acostumbrados y de esta manera, disminuir el riesgo de padecer complicaciones en salud.

6. CONTEXTO

El “Grupo Primavera” es un grupo de adultos conformado en su totalidad por 25 mujeres y 2 hombres, cuyas edades oscilan entre los 49 y 71 años, algunos trabajando actualmente, otros pensionados y unos cuantos disfrutando de la comodidad de vivir en casa bajo el sustento económico de sus hijos, todos padres de familia y cuya contextura física revela algún grado de sobrepeso en un gran porcentaje, debido quizás a malos hábitos alimenticios e inactividad física primordialmente.

Todos ellos son habitantes del barrio Camilo Torres, el cual se encuentra ubicado entre la calle 5^{ta} y el río Molino (calle 2^{da}), y entre la carrera 25 y la carrera 28 al occidente de la ciudad, y pertenece a la comuna N° 8. El grupo se conformo el 15 de enero del año en curso ante la convocatoria y la necesidad de realizar actividad física por parte de ellos bajo la guía de alguien con los conocimientos necesarios para su práctica.

El 50% de los integrantes del grupo han estado practicando algún tipo de actividad física en el último semestre, como baile deportivo o aeróbicos bajo supervisión de un experto en el tema, y otros sin ningún tipo de guía como es el caso de los que caminan a tempranas horas de la mañana y de manera independiente en espacios libres como la cancha del barrio. El otro 50% han estado inactivos por un largo periodo, es decir son sedentarios declarados, que por falta de ganas o por falta de tiempo, según ellos, no lo han intentado, y por lo tanto son nuevos en este campo.

El sitio de encuentro del grupo son las canchas abiertas del barrio, ubicadas exactamente detrás del cementerio central de la ciudad, espacio que cuenta con una cancha de baloncesto, una de microfútbol y una de fútbol, todas ellas rodeadas por zonas verdes que facilitan el desarrollo de las clases y crean un entorno agradable. También se tiene a disposición la cancha cubierta del colegio Cesar Negret, perteneciente al barrio y cuya ubicación esta en la calle 2^{da} entre la carrera 27 y la carrera 28, la cual utilizaremos únicamente cuando la lluvia no nos permita desenvolvernos en el lugar principal.

El deseo de algunos de recrearse y activarse físicamente los ha llevado a cometer errores tan grandes y evidentes que ni ellos mismos han podido detectar, como por ejemplo realizar actividad física una vez por semana, situación que según criterios médicos y deportivos no es benéfico para la salud, puesto que el cuerpo ha estado inactivo seis días, y se escoge el séptimo día para activarse físicamente, actitud que exige tanto al grupo musculo esquelético, como al visceral, corriendo el riesgo de un episodio cardiovascular o de una lesión, considerando la edad como un factor muy relevante, y faltando a uno de los criterios de las practicas deportivas, realizar ejercicio como mínimo tres veces a la semana.

Partiendo de estas características y de la disposición del grupo, es preciso aplicar un programa de Promoción de la Salud mediante la actividad física basado en el acondicionamiento físico, con el fin de evitar posibles complicaciones como la hipertensión arterial en adultos que no la han desarrollado o controlarla en aquellos que ya la poseen.

7. SITUACIÓN A INTERVENIR

La hipertensión arterial es una patología prevalente en personas sedentarias con malos hábitos alimenticios, el exceso en el consumo de grasas saturadas y sodio, hábitos inadecuados como abusar del alcohol y consumir cigarrillo, son algunos de los mas importantes, y hacen parte de una serie de factores que terminan por deteriorar la salud, convirtiéndose en la causa primordial de dicha enfermedad, la cual no presenta síntomas en sus fases iniciales.

“Las estadísticas señalan que la hipertensión arterial afecta al 20% de la población blanca y al 30% de la negra para adultos mayores de 18 años, así que, cerca de un tercio de la población adulta tiene niveles de presión arterial que conllevan mayor riesgo de enfermedad cardiovascular” (Giraldo, 2000). De ahí, la razón por la cual se hace necesario intervenir a la comunidad para ejercer un control sobre dicha patología mediante los programas de Promoción de la Salud, dándoles educación sobre el tema, transmitiendo y extrayendo información valiosa, y proporcionando los medios necesarios para que mejoren su salud, y de este modo lograr que la gente se sienta en capacidad de transformar su realidad mediante la toma de decisiones necesarias en pro de su bienestar.

Ahora bien, sí existe algún riesgo de presentar presión arterial elevada, lo primero que se debe hacer es comenzar por consultar al médico, quien confirmará la información y determinará la conducta a seguir. Existen dos maneras de controlar la Hipertensión Arterial, el tratamiento farmacológico y el tratamiento no farmacológico; el primero hace referencia al control de la enfermedad mediante el consumo vigilado de medicamentos o fármacos, que varían de acuerdo al grado de complicación en que se encuentre la persona, y el segundo y más importante

aún, desde el punto de vista de la Promoción de la Salud, consiste en una serie de indicaciones básicas a seguir, representadas en la calidad y el estilo de vida que maneja la persona, como la reducción de peso, abandono del hábito de fumar, reducción en la ingesta de sal, actividad física, consumo moderado de alcohol, cambios complejos de la dieta, ingesta de magnesio y otros (López, 2000), factores que inciden fuertemente en la alteración de la presión arterial.

Lo cierto es que ambos tratamientos deben ir de la mano a la hora de pretender disminuir las cifras de presión arterial, y los resultados dependerán tanto de la autoestima de la persona, como del empeño y las ganas que se tengan para lograr tal fin.

8. PROPUESTA PEDAGÓGICA

8.1. INTRODUCCIÓN

Un proceso educativo debe estar orientado hacia la consecución de resultados, es decir, recorrer un camino que refleje los objetivos propuestos enmarcados en una propuesta pedagógica. Para cumplir con las expectativas es importante identificarse con un modelo pedagógico y sus diferentes variables, plantearse unos principios pedagógicos que permitan dar coherencia evolutiva al proceso, además de ubicar el referente disciplinar o corriente en la cual está inmerso el proceso educativo.

De igual forma, es trascendental determinar los aspectos metodológicos y sus respectivas estrategias didácticas, así como el plan de acción y la manera como se evaluará el proceso educativo, que integrados, darán orden al proyecto educativo, revelarán los pasos que se llevarán a cabo e indicarán el cumplimiento o no, de los objetivos planteados en el mismo.

A continuación se presenta el mecanismo teórico que orientará este trabajo de grado con el grupo de adultos del barrio Camilo Torres de la ciudad de Popayán.

8.2. Referente Conceptual Pedagógico

El modelo que orientó el proceso educativo con la población de adultos del barrio Camilo Torres se fundamentó en la propuesta de Hipólito Camacho (2003), quien afirma que en Colombia hay tres modelos pedagógicos para la educación física, que en este caso es representada por la actividad física: Tradicional o Decadente, Tecnocrático o Dominante e Integrado o Emergente.

El modelo Tradicional o Decadente que fija el ideal educativo en un ser humano virtuoso, disciplinado, con carácter y de gran sentimiento religioso, que en la educación física es la formación del carácter y la disciplina, donde las relaciones profesor - alumno son de carácter vertical y el alumno recibe ordenes y las ejecuta, y cuyos estilos de enseñanza son el mando directo y la resolución de tareas. Además, los contenidos son definidos por el profesor y la evaluación es de carácter sumativo, es decir, los estudiantes comprueban la adquisición de destrezas a través de pruebas diseñadas.

Por otra parte, está el modelo Dominante o Tecnocrático, cuyo ideal educativo está orientado hacia la formación de un ser humano productivo, prestando atención a elementos técnicos, que en educación física se traduce en individualismo, el record y todo lo que tiene que ver con el deporte de rendimiento. La relación profesor - alumno es cordial, pero el profesor sigue controlando las decisiones y el estudiante sigue siendo considerado como una persona a quien se le deben brindar las condiciones para que asimile conceptos predeterminados.

Los estilos de enseñanza que rigen este modelo son los A. S. A. (analítico, sintético, analítico) y los S. A. S. (sintético, analítico, sintético), que básicamente la preocupación del docente es que el estudiante llegue a mecanizar un fundamento técnico a partir de un estereotipo prefijado y un mínimo de errores, los contenidos so diseñados por grupos de expertos que hacen parte del sistema educativo del país y la evaluación es igual a la del modelo decadente.

Aunque ambos esquemas tienen vigencia, el que llena las expectativas es el modelo Integrado o Emergente, ya que su finalidad es el desarrollo de un ser humano crítico y creativo, motriz, social e intelectualmente capaz de interactuar en la sociedad. Además, el profesor es tomado como un poseedor de un saber y una autoridad que comparte con el estudiante de manera dialógica, orientador y guía del proceso de aprendizaje, y el estudiante como un ser humano con capacidades y conocimientos que comparte con el profesor, capaz de autotransformarse.

De otra parte, cuando se habla de contenidos, se dice que es estructurado de manera participativa, de modo que ellos proponen ideas para la construcción de un programa equitativo y pertinente que cumpla los intereses de cada uno, cuya evaluación es de carácter formativo, es decir, participativa, sistemática y permanente, con presencia de procesos de autoevaluación y coevaluación.

Para llevar a cabo este modelo se hace necesario implementar unos estilos de enseñanza que orienten el camino, y los que se articulan perfectamente con el modelo a ejercer, son la resolución de problemas y el descubrimiento guiado esencialmente, para lo cual también se hace necesario el mando directo.

El mando directo considera que el profesor transmite conocimiento al estudiante, por tal motivo se aplicará en la primera unidad, con la finalidad de cautivar la atención del grupo. Posteriormente se desarrollaran los otros dos, que hacen parte de los estilos que implican cognitivamente al estudiante, ya que el profesor no se preocupa por asignar una tarea específica, sino que formula problemas psicomotores para que los estudiantes busquen las soluciones, convirtiéndose en autores de su propio aprendizaje con la ayuda y experiencia de su profesor.

Una ventaja de estos estilos es que establecen una relación estrecha entre la actividad motriz y la actividad cognitiva, dando a conocer que la educación física no esta circunscrita de manera exclusiva al trabajo motor, y una crítica a estos estilos, los cuales provienen de quienes han optado por el trabajo desde un modelo pedagógico tecnocrático o desde las tendencias deportivas, es que no garantizan progresión en el aprendizaje y los estudiantes se pueden quedar en la ejecución de destrezas motrices elementales, lo cual, desde el contexto en el que se desenvuelve este trabajo de grado resulta favorable, por que se pretende específicamente hablando, activarlas, dado que el paso de los años y el sedentarismo como indicador de salud, las han deteriorado significativamente.

Mosston, citado por Camacho, precisa que este tipo de estilos siguen cuatro etapas generales. El primero es la formulación de un problema motor, el cual se refiera a poseer un objetivo claro para la clase que no debe estar enfocado hacia el rendimiento técnico deportivo o hacia el aprendizaje de fundamentos, ya que serian de tipo tradicional, como por ejemplo la creación de coreografías. La segunda es la disonancia cognitiva, la cual hace referencia al impacto o motivación de entrada que se produce en el estudiante cuando se plantea un problema motriz, que lo conduce a la búsqueda de posibles soluciones.

La tercera etapa es la búsqueda de soluciones, que se caracteriza por que el profesor continúa estimulando al estudiante, para que una vez comenzada la búsqueda, la mantenga y logre el éxito, mediante la conformación de grupos no impuestos por el profesor y estableciendo controles de progreso, entre otras opciones. La última etapa es la verificación de la solución planteada, que se refiere a la puesta en práctica de la solución encontrada para poder evaluarla y así aceptarla o rechazarla.

En síntesis, Camacho dice que los estilos que implican cognitivamente al estudiante se clasifican en dos: resolución de problemas y descubrimiento guiado, y ambos se basan en los principios que se anotaron anteriormente. Básicamente el segundo se caracteriza por que las respuestas surgen del estudiante en base a los indicios que el profesor le proporcione, mientras que el primero, un avance del anterior, busca que el estudiante encuentre las respuestas de manera autónoma, para lo cual los indicios dados por el profesor deben reducirse al máximo o desaparecer, de no cumplirse alguno de estos requisitos se cae en estilos tradicionales y se recomienda la combinación de ambos para lograr éxito en el trabajo.

Inicialmente se trabajará articuladamente con el modelo Tradicional o Decadente y el Dominante o Tecnocrático, solo por que dan la posibilidad de mantener un buen manejo de grupo y ayuda fomentar el orden; con el pasar de las sesiones se comenzarán a omitir hasta implementar la postura que se pretende seguir.

8.2.1. Principios pedagógicos

Para llevar a cabo este trabajo de grado se hace necesario implementar unos principios que son fundamentales al momento de intervenir cualquier tipo de población. Camacho, Castillo, Bahamón y Cala (2000), hablan de los principios didácticos generales que favorecen y sirven de apoyo, además de ser de gran utilidad, para el pleno cumplimiento del proceso educativo que se llevará a cabo con esta población, de los cuales se rescatan los siguientes:

✓ Conciencia y actividad

El profesor y el estudiante deben comprender las tareas que se van a desarrollar, saber cual es su utilidad y ejecutarlas en forma activa y con interés, lo cual esta relacionado con la motivación hacia la clase. Se pretende que actúen conscientemente y no como ejecutores mecánicos.

✓ Elevación gradual de las exigencias

El grado de dificultad de las destrezas motoras, así como la intensidad y la carga deben ir aumentando progresivamente, hasta llegar a un nivel que implique esfuerzo físico y mental de acuerdo a las características del contexto.

✓ **Atención individual y colectiva**

El profesor debe tener en cuenta que los estudiantes tienen una doble caracterización didáctica, por un lado son personas con rasgos psicofísicos particulares y de distintos niveles de rendimiento, por lo cual se deben respetar algunas de esas diferencias, y por el otro lado, forman un grupo con ciertas características de afinidad que los identifican, lo cual permite que algunas veces se asignen tareas y rendimientos similares a todo el grupo.

✓ **Fomento de la creatividad**

Toda persona posee un potencial de ser inteligente y ser capaz de construir y transformar la realidad circundante. Las clases tradicionales restringen dichas posibilidades, buscar nuevas opciones de trabajo a través de la danza, el juego colectivo, la expresión corporal, entre otras, constituye un desafío a las posibilidades de creación.

✓ **Integración social**

El profesor debe contribuir a la integración social del estudiante, motivando su interacción y participación en el trabajo de clase y extraclase, lo cual mejora la competencia comunicativa, se desarrolla la capacidad crítica y la responsabilidad ante los acuerdos de grupo, entre otros aspectos.

8.3. Referente Conceptual Disciplinar

8.3.1. Corriente de la actividad física y salud

Zagalaz (2001), en su texto “Corrientes y tendencias de la educación física”, da una generalidad sobre la Corriente de la actividad física y salud, afirmando que debe considerarse algo científicamente comprobado y socialmente aceptado dada la importancia que supone la practica regular de actividades físicas como hábito de vida saludable.

La practica de deportes o actividad física, cada vez más asidua entre la población, se produce por causas diferentes, que en la mayoría de los casos, tiene su origen en razones personales originadas por el estilo de vida y la búsqueda de salud integral (física, psíquica y social), aspectos muy importantes para comprender la conducta de los seres humanos en relación con la salud.

La practica asidua de actividad física va descendiendo con la edad y, es por ello, que los programas de actividad física-salud destinados a la población adulta, deben constituirse y considerarse como una opción válida de ejercicio físico regular o, lo que es lo mismo, habito de vida saludable. Este habito, que debe crearse desde las edades de escolarización, permitirá al sujeto desarrollador un proceso de entrenamiento a lo largo de su vida, con la consiguiente mejora sistemática y progresiva de sus capacidades físicas y/o sociales, incluso en la tercera edad.

Por estos motivos, desde esta corriente habrá que considerar la revisión de aportaciones metodológicas (distribución de cargas, necesidades de recuperación, tipo de actividad física, etc...), los criterios de planificación y programación, (objetivos, contenidos, temporalización), o los sistemas de evaluación, control y revisión, tanto del proceso como de los resultados.

Por último, aunque estas actividades no vayan dirigidas a edades escolares, a pesar de ser la salud un núcleo de contenidos del área de educación física en todos los niveles de enseñanza, deben ser ciertamente individualizadas, dotadas de la suficiente información, con la comprensión de su utilidad por parte del ejecutante y la garantía de su seguridad y efectividad, para que como consecuencia se obtenga una valoración positiva.

8.4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

8.4.1. Propuesta metodológica

De una población bastante grande de adultos que habitan en el barrio Camilo Torres de la ciudad de Popayán, se seleccionará una muestra de adultos con riesgo de padecer o que ya tengan Hipertensión Arterial, voluntarios con deseo de pertenecer a un programa de Promoción de la Salud mediante la actividad física y con los cuales se realizará el trabajo de grado.

Como primera medida se verificará que cada individuo este apto para su participación en el programa, para ello debe efectuarse un examen médico que lo

certifique, y aceptar la vinculación activa al proceso. Consecutivamente se registrará en un formato la toma de datos que incluirá peso, talla, presión arterial, frecuencia cardíaca en reposo y circunferencia de cintura y cadera.

Luego se realizará una encuesta para establecer hábitos de vida, actitudes y conocimientos frente a la Hipertensión Arterial. Estos pasos se aplicarán antes y después del programa como uno de los elementos fundamentales de control, permitiendo observar el impacto de los mismos en el individuo.

Posteriormente, se construirá en compañía de los participantes, el programa de actividad física que se va a aplicar, el cual será complementado con las charlas de Promoción de la Salud cuyos temas a desarrollar son los factores de riesgo de la HTA, y otros de suma importancia para la vida y la salud, como los hábitos de vida saludable, cuya retroalimentación se efectuará en la semana siguiente a la exposición como un método para influir de manera positiva en la asimilación de la información.

Finalmente, se realizará en conjunto con los participantes la evaluación de los cambios generados tanto en los conceptos y conocimientos, como en la cifras tensionales.

8.4.2. Metodología del trabajo de campo

El desarrollo del trabajo de campo se efectuará a lo largo de cinco meses, comprendido entre enero y junio de 2010 mediante tres sesiones semanales de

una hora, cuyo horario se establecerá con la comunidad. Como complemento, y para fomentar la recreación y el buen uso del tiempo libre, al igual que la integración en espacios diferentes al escenario de la práctica, se organizarán salidas y caminatas cada mes.

8.4.3. Metodología de las clases

Cada clase o sesión de actividad física estará integrada por tres fases que se desarrollaran en el transcurso de 1 hora; la fase inicial o de calentamiento, donde se preparará al organismo tanto física como emocionalmente para el trabajo que se va a realizar, a través de movimientos articulares y desplazamientos moderados, o mediante actividades dinámicas caminadas individualmente, en parejas o en grupos, donde el esfuerzo sea superior a lo normal y que incremente la temperatura corporal, durante un período de 10 a 15 minutos, seguido de un estiramiento dirigido de los principales grupos musculares durante un tiempo aproximado de 10 minutos.

La segunda etapa o fase central, estará compuesta de 15 minutos de actividad aeróbica moderada continua (incluida la hidratación), que en un comienzo será intervalica y que se irá incrementando con el pasar de las sesiones, respetando el ritmo de cada quien. Posteriormente, se harán 10 minutos de juego para completar una fase que supere los 25 minutos de actividad constante con sus respectivos descansos.

Cuando se considere que el grupo esta en un nivel de acondicionamiento básico, se comenzarán las sesiones de fortalecimiento muscular en las cuales se

ejecutaran movimientos de los grandes grupos musculares que oscilen entre 10 y 15 repeticiones y 3 series por cada uno, con un reposo de 1 minuto entre ellas.

Y finalmente, se ejecutará la tercera etapa o fase final, que tendrá un ejercicio de relajación o de retorno a la calma, y el estiramiento, lo cual tomará 10 minutos aproximadamente.

8.4.4. Estrategias didácticas

El juego

“A la educación física le cabe el honor de haber sido la pionera en reconocer el valor educativo y beneficioso del juego” (Daniel, s.f.), el cual genera y propicia la relación entre los participantes en cualquier contexto donde se planea, en torno a unas reglas que cumplir y unos obstáculos o retos que vencer. Es una actividad cotidiana y espontánea que ningún grupo etario se negaría a disfrutar y que no es necesario motivar para que se de.

Durante el desarrollo de un juego, el educador se aleja de la figura rígida que caracteriza a un educador, y ejerce su condición de animador con el objetivo de que el grupo disfrute al hacerlo. El juego es, sobre todo y ante todo, comunicación entre las partes, por lo tanto, es un proceso de socialización de todo ser humano.

El juego es siempre una actividad divertida, que generalmente suscita excitación y hace aparecer signos de alegría, pero aún cuando no vaya acompañada de estos signos de regocijo, siempre es evaluada positivamente por quien la realiza. Cualquier observador puede confirmar que los niños gozan con todas las experiencias físicas y emocionales del juego. (Garaibordobil, s.f.).

Lo cierto es que no solo los niños gozan con el juego, cualquier grupo poblacional estaría dispuesto a participar de una actividad jugada por la euforia que produce involucrarse en acciones que generan alegría, y más aún, cuando se interactúa con personas distintas al núcleo donde se desenvuelve.

La recreación

Es una buena herramienta para disfrutar del tiempo libre y compartir en grupo, y al igual que el juego, cualquiera estaría dispuesto a vivenciarlo, además es un camino que permite alcanzar objetivos en poco tiempo, “La recreación como METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN en donde la recreación no es el fin sino el medio para dinamizar grupos sociales en general para el logro de propósitos a mediano y largo plazo proyectados en las comunidades” (Duarte, s.f.).

La ley 181 de Enero 18 de 1995 que hace referencia a las disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la Educación Física y crea el Sistema Nacional del Deporte, define la recreación en el artículo 5 de la siguiente manera:

Es un proceso de acción participativa y dinámica, que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creación y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual y social, mediante la práctica de actividades físicas o intelectuales de esparcimiento (Ley 181, 1995).

De cierta forma, es un mecanismo que a raíz de su dinamismo, se aleja de las presiones que se pueden llegar a sentir cuando se quiere transmitir un concepto a grupos socialmente difíciles de manejar como es el caso de los niños y los adultos, que por sus características, disfrutan más al estar entretenidos en actividades de este tipo.

8.5. PLAN DE ACCIÓN

8.5.1. Objetivo general

- ✓ Implementar un programa de Promoción de la Salud desde la actividad física, propuesto y ejecutado con los adultos del grupo Primavera que habitan el barrio Camilo Torres de la ciudad de Popayán, que ayude a identificar los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial a los que esta expuesta esta población.

8.5.2. Objetivos específicos

- ✓ Realizar un diagnóstico inicial y final sobre el conocimiento de los factores de riesgo para la Hipertensión Arterial.
- ✓ Promover y facilitar la participación de los adultos en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades del programa.
- ✓ Dirigir y facilitar la participación activa de la comunidad en la ejecución de las charlas educativas.
- ✓ Evaluar en conjunto periódicamente los conocimientos asimilados en el proceso.
- ✓ Registrar la participación en el programa.

8.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Pacientes con o sin hipertensión.
- ✓ Pertenecientes al barrio Camilo Torres
- ✓ Ambos sexos.
- ✓ Que acepten participar en el estudio.
- ✓ Que asistan lunes, miércoles y sábados a realizar actividad física.

8.7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Pacientes con crisis hipertensiva o descontrol severo.
- ✓ Que no asistan de manera regular a las sesiones.
- ✓ Emigración.

Los componentes de la condición física que se trabajaron, siguiendo las sugerencias del grupo, son la resistencia cardiovascular, la flexibilidad, y la resistencia muscular o fortalecimiento. Como componente anexo se desarrollo de la coordinación y el equilibrio, capacidades básicas que inciden en la salud de los mayores, fundamentalmente en la prevención de caídas, y que se pueden mejorar mediante la práctica de actividad física.

8.8. EVALUACIÓN

En todo proceso educativo se hace necesario evaluar para establecer si ha sido realmente un proceso transformador, y también para determinar hasta donde se llegó con los resultados alcanzados. Para cumplir con ese fin, se hizo necesario crear los criterios de evaluación, que son una especie de objetivos planteados con anterioridad en relación con el grado de asimilación de conocimientos que se espera haya alcanzado el grupo hacia el final del proceso, los cuales permiten el proceso evaluativo cuando se da la comparación entre las partes, es decir, cuando se confirma ó no, el cumplimiento de dichos criterios en relación con el proceso realizado.

Desde este punto de vista, la evaluación se entiende como el proceso permanente a través del cual se obtiene información confiable que permite valorar el estado en que se desarrollan los diferentes aspectos y componentes del trabajo curricular y tomar decisiones que permitan mejorar las dificultades encontradas (Camacho, Castillo, Bahamón y Cala, 2000), siendo así, es posible trascender en cualquier proceso educativo, dado que siempre se esta perfeccionando el resultado.

El término evaluación no puede confundirse con los de calificación y medida. El concepto de evaluación es el más amplio y engloba, por tanto a los otros dos, aunque no se identifica con ellos. La evaluación es una característica de toda actividad humana intencional y requiere objetividad y sistematización lo que exige algunas escalas o criterios que sirvan de referencia (Rayo, s. f.).

Por tal motivo, y para llevar a buen fin este proceso educativo, se utilizarán los siguientes tipos de evaluación.

Desde el punto de vista temporal, se implementó la evaluación inicial, que consiste en la recogida de datos, la cual se realizó al inicio del programa para conocer las condiciones en que iniciaba cada uno de los integrantes del grupo registrando datos como la presión arterial, el peso, la talla, frecuencia cardíaca en reposo y circunferencia de cintura y cadera, así como los conocimientos acerca de la Hipertensión Arterial mediante una encuesta.

La evaluación procesual o evaluación continua, que consiste en la valoración a través de la recogida continua y sistemática de datos de un programa, a lo largo del periodo de tiempo fijado para la consecución de unas metas u objetivos, ya que permite tomar decisiones de mejora sobre la marcha y proporcionar la retroalimentación. Dicho proceso que se realizó oralmente en diferentes sesiones, donde se recurría tanto a pedir que dijeran que habían asimilado de lo vivido, como por ejemplo acerca de la manera correcta de hacer un calentamiento, como a contestar preguntas acerca de cada una de las charlas en pequeños grupos durante un corto período de tiempo.

Y la evaluación final, que recoge y valora los datos al finalizar el programa para la consecución de los objetivos, la cual se ejecutó registrando de nuevo los datos tomados al comienzo, y asimismo la encuesta.

Desde el punto de vista de los protagonistas, es decir, el adulto, se utilizó la evaluación interna o autoevaluación que es llevada por el sujeto, la cual se dió al finalizar cada mes de trabajo, enfatizando en el compromiso que había adquirido tanto consigo mismo, como con el proceso y el grupo, en base al numero de asistencias que alcanzó durante dicho tiempo.

En vista de lo anterior, se plantearon los siguientes criterios que indicaron el nivel de logro obtenido por cada uno de los integrantes del grupo al final del proceso.

8.8.1. Criterios de evaluación

El decreto No. 1290 de 2009 del Ministerio de Educación Nacional, en su artículo 1 sobre evaluación de los estudiantes, en el ámbito 3 con relación a lo Institucional dice lo siguiente: “La evaluación del aprendizaje de los estudiantes realizada en los establecimientos de educación básica y media, es el proceso permanente y objetivo para valorar el nivel de desempeño de los estudiantes”.

Del artículo 3, propósitos de la evaluación institucional de los estudiantes, se tendrá en cuenta el tercero: “Identificar las características personales, intereses, ritmos de desarrollo y estilos de aprendizaje del estudiante para valorar sus avances”.

Para que el proceso sea claro y eficiente, se implementará el numeral 2 del artículo 8, que hace parte del procedimiento para la creación del sistema institucional de evaluación de los estudiantes, el cual dice lo siguiente: “Socializar el sistema institucional de evaluación con la comunidad educativa”, que en el contexto de éste trabajo se traduce en exponer los elementos que evaluarán los conocimientos y actitudes asimiladas en el trayecto del programa.

Simultáneamente y como complemento, se establecieron los siguientes criterios de evaluación que orientaron el proceso:

1. Mostrar conductas activas para incrementar la condición física, ajustando su actuación al conocimiento de las propias posibilidades y limitaciones corporales y de movimiento.
2. Identificar la Hipertensión Arterial como una patología de tipo silenciosa, que es incurable y necesita de un control permanente a través de la articulación entre medicamentos y actividad física moderada.
3. Aprender a distinguir cuales son los principales factores de riesgo para la Hipertensión Arterial y las consecuencias que estos traen.
4. Identificar los beneficios de la práctica de actividad física, así como los hábitos de vida saludables personales y los principales huesos y grupos musculares del cuerpo humano.

5. Tener los conocimientos elementales acerca de la manera correcta de practicar actividad física.

6. Asistir regularmente a cada una de las sesiones de actividad física.

8.9. CRONOGRAMA

MES 1, del 18 de Enero al 18 de Febrero de 2010

- ✓ Ambientación y familiarización
- ✓ Toma inicial de datos
- ✓ Aplicación de la encuesta
- ✓ Construcción del programa
- ✓ Acondicionamiento físico
- ✓ Primera salida

MES 2, del 18 de Febrero al 18 de Marzo de 2010

- ✓ Capacidades básicas
- ✓ Entrenamiento aeróbico (trabajo cardiovascular)
- ✓ Segunda salida

MES 3, del 18 de Marzo al 18 de abril de 2010

- ✓ Capacidades básicas (equilibrio y coordinación)
- ✓ Entrenamiento aeróbico (trabajo cardiovascular)
- ✓ Caminata al cerro Sebastián de Belalcazar
- ✓ Tercera salida

MES 4, del 18 de abril al 18 de Mayo de 2010

- ✓ Capacidades básicas (equilibrio y coordinación)
- ✓ Aumento del trabajo cardiovascular
- ✓ Fortalecimiento muscular
- ✓ Caminata a las 3 cruces
- ✓ Charlas educativas
- ✓ Cuarta salida

MES 5, del 18 de Mayo al 18 de Junio de 2010

- ✓ Charlas educativas
- ✓ Toma final de datos
- ✓ Aplicación final de la encuesta
- ✓ Salida final

8.9.1. RECURSOS

Locativos

- ✓ Cancha de Baloncesto
- ✓ Zonas verdes
- ✓ Lugares abiertos
- ✓ Cancha cubierta

Materiales

- ✓ Balones de baloncesto
- ✓ Balones de voleibol
- ✓ Cuerda larga
- ✓ Conos
- ✓ Aros
- ✓ Papelería
- ✓ Computador
- ✓ Marcadores

Potencial humano

- ✓ Médico Especialista en Deporte
- ✓ Estudiante de Educación física
- ✓ Adultos

9. INFORME FINAL

RESUMEN ESCRITO SOBRE LA PROPUESTA PEDAGÓGICA

Después de haber conformado el grupo de adultos con riesgo de padecer Hipertensión Arterial o que ya la sufren, y de haber iniciado con la ejecución del programa de actividad física el dieciocho (18) de Enero de 2010, se pasó a verificar mediante un examen médico individual, que cada persona estuviera apta para su participación en el programa, y al mismo tiempo, que se hallara dispuesta y comprometida a cumplir con los horarios de asistencia que se acordaron al inicio para el cumplimiento del mismo, para lo cual se creó una lista de asistencia en la cual se llevó el registro mensual de la participación de cada una de las personas comprometidas con el proceso.

Posteriormente, se registró en un formato previamente definido, la toma inicial de datos, en el cual se incluyeron la presión arterial, el peso, la talla, la frecuencia cardíaca en reposo y la circunferencia de cintura y cadera, con el propósito de establecer las características fisiológicas y el riesgo en salud al que estaban expuestos los adultos del grupo Primavera.

Luego se procedió con la elaboración del programa de actividad física con la participación y sugerencias del grupo, los cuales básicamente optaron por indicar que deseaban disminuir de peso y realizar actividad física, pues estaban seguros que estas premisas beneficiarían significativamente la salud de los mismos. Como complemento, manifestaron el deseo de organizar salidas con el objetivo de

recrearse, ya que les agrada la idea de compartir en grupo y en espacios alejados del lugar donde habitan.

Seguidamente, se propuso dirigir las charlas de Promoción de la Salud basadas en la identificación de los factores de riesgo para la Hipertensión Arterial, entre los cuales sobresalen las dislipidemias, la obesidad y la diabetes mellitus principalmente, y otras de gran trascendencia como la importancia de la actividad física y los hábitos de vida saludable a modo de complemento para mejorar un poco la calidad y el estilo de vida de las personas que integran el grupo Primavera, a lo cual se le dió un fuerte apoyo, ya que estaban ansiosos por conocer las consecuencias en caso de padecer alguno de dichos factores, y las respuestas se encontraban inmersas en las charlas.

El paso a seguir, fue la aplicación de la encuesta a través de un formato establecido con anterioridad, la cual incluyó siete (7) preguntas cerradas y una (1) pregunta abierta, orientada a detectar tanto los conocimientos acerca de la Hipertensión arterial, como los hábitos físicos, y las personas que consumen medicamentos. Dicho formato se aplicó al final de una sesión de actividad física en forma dirigida, teniendo en cuenta que es un grupo poblacional de adultos con dificultades visuales y de comprensión.

A mitad del desarrollo del programa de actividad física, se dió inicio a las charlas de Promoción de la Salud apoyadas en los factores de riesgo citados anteriormente, se establece la hora, el día y el lugar de encuentro y se llevan a cabo una por una, cada semana, para un total de diez (10) exposiciones. Cada vez que se dió una charla, se entregó un material con los datos elementales de la misma, con la intención de hacer un proceso de retroalimentación en la semana

siguiente, además de ser utilizado como una técnica para reforzar y evaluar los conocimientos alcanzados con el grupo.

Cumplido el programa, el 6 de Julio y en compañía del grupo de adultos y del director del trabajo de grado, se hace la toma final de datos aplicando el formato que se empleo al inicio, con la finalidad de observar los cambios fisiológicos logrados ó no, en los participantes que hicieron parte del proyecto.

Finalmente, se aplicó la encuesta que se utilizó en el comienzo con el objetivo de percibir los conocimientos apropiados por parte de los integrantes del grupo que participaron regularmente del programa de Promoción de la Salud a través de la actividad física.

ANÁLISIS DE HABILIDADES Y DESTREZAS ADQUIRIDAS

A medida que un ser humano crece y se desarrolla, va apropiando habilidades y destrezas que hacen parte del proceso biológico de todo ser vivo, y cuanto más crece, más aprende, claro esta, sin omitir que se necesita el apoyo constante de los padres quienes tienen la función y la obligación de enseñar a subsistir en las primeras etapas de la vida.

De igual forma sucede cuando se inicia un proceso académico, los docentes orientan el camino a seguir y el receptor asimila las destrezas y habilidades que le servirán de herramienta para afrontar las dificultades que se puedan presentar mas adelante. Durante el desarrollo del programa de Promoción de la Salud a

través de la actividad física se adquirieron y perfeccionaron ciertas habilidades y destrezas, resultado tanto del ciclo académico vivido en la Universidad, como de las consecuencias de la ejecución del proceso, que fortalecieron de gran manera la forma de manejar un grupo y en especial uno de adultos, en este caso el grupo Primavera, que como todo, en un comienzo fue difícil.

El hecho de haber tomado la decisión de realizar el trabajo de grado en la modalidad de práctica social y el haber tenido la oportunidad de ejecutarlo con personas adultas de la comunidad a la que pertenezco, fue un gran logro que cautiva y llena de orgullo la labor social tanto a nivel personal, como profesional, no solo por haber cumplido con gran parte del trabajo de grado, sino porque fortalece aún más las habilidades para el trabajo con adultos y se siente más satisfacción al saber que con aquella decisión se logro que muchas personas que no habían tenido la oportunidad de integrarse con los habitantes del sector y mucho menos de practicar actividad física, ya sea por que no sabían como hacerlo o por que no existía un grupo cerca a la casa o en la comunidad, consiguieran el objetivo de mejorar la salud, la calidad y el estilo de vida del cual hacían parte en su gran mayoría antes de comenzar con el proceso, en base a los beneficios que ésta otorga.

Dado lo anterior, la principal habilidad adquirida fue la de dirigirse a un grupo de adultos con mayor seguridad, es decir el manejo de grupo, siempre estuvo presente el estigma de que los adultos consideran que ellos tienen más conocimientos que el estudiante, a pesar de que tienen claro el momento académico por el que se esta cruzando, situación que es valida y en muchos casos real, pero en contextos muy diferentes al vivido. Dicho estigma, en un comienzo obstaculizaba el manejo del grupo, pero cuando se tomaron medidas para vencerlo como demostrar las capacidades y conocimientos, el problema

desapareció, la experiencia es sinónimo de conocimiento y cuando se conoce se sabe.

Conjuntamente se mejoró el uso del lenguaje para dirigirse a un grupo con estas características, el cual se vio reforzado cuando existió la necesidad de explicar abiertamente un concepto que debía aplicarse, buscando la manera mas didáctica y adecuada para transmitir lo que se pretendía enseñar.

Sin duda alguna, una de las habilidades que se notó fuertemente consolidada fue la creatividad, ya que el contexto lo exigió así, pues en muchas sesiones se presentó la posibilidad de explorar más a fondo la manera de llegar sin términos científicos, a temas que resultaban difíciles de adaptar, con palabras y acciones fáciles de entender y ejecutar, como fue el caso de las charlas, donde algunas palabras eran incomprensibles para ellos. Dicha habilidad se manifestó con gran intensidad al momento de preparar las actividades recreativas para cada una de las salidas que se organizaron en pro de cumplir los objetivos planteados, y en momentos en los cuales las sesiones se vieron alteradas por efectos del mal tiempo, donde hubo la necesidad de innovar en la marcha y replantear el plan clase de un momento a otro, para que la dinámica siguiera siendo la misma pero en un contexto diferente.

La visualización, entendida como la capacidad de imaginar posibles soluciones o alternativas para un problema o situación, estuvo presente en muchas de las sesiones de actividad física que se realizaron con el grupo, ya que se caracterizaban por tener un juego diferente cada vez que había un encuentro, por lo tanto, existió la necesidad de modificar constantemente gran variedad de

juegos con el propósito de adecuarlos a las condiciones y necesidades de los integrantes del grupo teniendo en cuenta la edad como principal factor.

Pero donde realmente hubo competencia académica, fue en el momento de adquirir conocimientos, lo cual fue un reto que llenó las expectativas tanto personales como profesionales cuando de cumplir metas se trata, ya que se hizo necesario organizar una exposición de cada una de las charlas, para lo cual fue obligatorio investigar y buscar los conceptos más claros y la manera más didáctica de llegar fácilmente a cada uno de los integrantes del grupo al momento de transmitirlos, fortaleciendo así la vivencia académica, además de lograr cumplir con la expectativa profesional de transmitir pautas para detectar los factores de riesgo para la Hipertensión Arterial, un proceso que benefició un grupo de adultos y consolidó las capacidades cognitivas propias.

Simultáneamente se promovió la salud desde el campo de la actividad física en un grupo poblacional que por derecho requiere este tipo de intervenciones, ya que la ley 100 de 1993, de la cual se habla mucho pero se hace poco, hace referencia a la educación en salud como una característica esencial para la vida, por lo cual se quiso que conocieran los riesgos a los que están expuestos y con lo cual se logró cumplir con las expectativas profesionales, ya que el ideal era encontrar una población que permitiera aplicar y desarrollar las habilidades y conocimientos adquiridos durante los años de estudio, así como la capacidad de planificación, organización y dirección de un programa de actividad física basado en la salud.

Se afianzó también la competencia social, entendida como la interacción eficaz con el propio entorno, en este caso la comunidad del barrio Camilo Torres, con los cuales no se había tenido la oportunidad de conocer como personas, a pesar de

habitar cierta cantidad de tiempo cerca de ellos, con lo cual se alcanzaron las expectativas personales de integración con la comunidad, pero no en su totalidad como se deseó al comienzo, pues faltó quizás más promoción del evento o más deseo de la comunidad de practicar actividad física y pertenecer al proceso; y lograr que se beneficiaran del programa vinculándose comprometidamente.

De la misma manera las competencias intelectuales se vieron beneficiadas en lo referente a lo cognitivo, ya que fue necesario apoyarse teóricamente con relación a los conceptos abordados durante el proceso académico, con el fin de afrontar cada sesión con más argumentos al momento de transmitirlos, lo cual fortaleció indudablemente la temática tratada y cumplió con una expectativa de tipo profesional.

RECUENTO ANALÍTICO DEL CARGO EN LA COMUNIDAD

El cargo desempeñado en la comunidad estaba ubicado en un contexto de asesor-guía, ya que ellos propusieron en un comienzo gran porcentaje del programa y la tarea era organizar y dirigir las actividades con el fin de cumplir con el desarrollo del mismo. No fue mi compromiso enseñar lo que sé, a los que no saben, sino de impulsar al grupo hacia el aprendizaje individual y colectivo a través de la actividad física, lo que llevo a su vez a un aprendizaje propio desde el aporte de la vivencia de cada una de las experiencias y del proceso llevado para cumplir tal fin. Esencialmente se asumieron dos funciones:

La primera se basaba en indicar la manera adecuada de llevar a cabo cada una de las fases que se deben efectuar cuando alguien decide activarse físicamente,

como la intensidad, la duración y la frecuencia, así como el tipo de actividad, ejercicios y movimientos que se deben realizar para la correcta vivencia de la misma, todo ello basado en los conocimientos adquiridos durante el proceso de formación académica y en el apoyo teórico.

La segunda, una característica especial del cargo ocupado en la comunidad, fue orientarlos en todo momento en lo referente a la Hipertensión Arterial, mantenerlos informados de las causas, las consecuencias, diagnóstico y el tratamiento no farmacológico, así como de sus principales factores de riesgo entre los cuales se destacan las dislipidemias, la diabetes mellitus y la obesidad, y de las complicaciones mayores como es el caso de la enfermedad cardíaca y las de tipo cerebrovascular.

Pero inmersa en las anteriores funciones estaba el hábito de incentivarlos constantemente hacia la práctica de actividad física, basado en la premisa de que es un instrumento sinónimo de salud, y por consiguiente de calidad y estilo de vida. De otro lado, se proyectó cada una de las sesiones que se ejecutaron a través del programa y se organizó el cronograma de actividades que se aplicaron en cada una de las salidas.

Con el tiempo, el hecho de compartir espacios, momentos, reuniones y charlas extra sesiones, dieron paso a ser tomado como un integrante más de la familia que se había conformado, simbólicamente hablando, pues el afecto mutuo y el ambiente que se vivía daban para exponerlo de esa manera, a tal punto de llegar a cuidarlos como si fueran un integrante más de la familia, ya que se acostumbraba llamarlos vía telefónica para saber como estaban, y cuando se ausentaban de alguna sesión o llevaban varias sin asistir.

Era visto como aquella persona que tenía los conocimientos para ejecutar un proceso que los beneficiaría tanto individual como grupalmente, con frecuencia era interrogado por varios de ellos cuando sentían una molestia o un dolor, acudían con la esperanza de encontrar solución al problema, ante eso solo preguntaba que era lo que sentían para orientarlos un poco, y posteriormente sugería que consultaran al médico de cabecera como una medida de suma importancia, sin antes recomendar ciertos cuidados como el reposo y la ausencia de la sesión si se creía conveniente para su recuperación.

DESCRIPCIÓN ANALÍTICA DE LAS ACCIONES Y ACTIVIDADES

A lo largo de todo el trabajo de campo con el grupo Primavera se realizaron muchas acciones y actividades que se vieron reflejadas positivamente en los logros alcanzados por cada una de ellos, y que además fueron la esencia del proceso. Las principales acciones que se realizaron y en las cuales se participó fueron las siguientes:

1. Se aplicó la propuesta pedagógica de Hipólito Camacho (2003) con la intención de guiar el proceso educativo a través del modelo Integrado o Emergente, claro esta, comenzando con el modelo Dominante o Tecnocrático que permitió el pleno manejo del grupo. Dadas las condiciones, y pasado el primer mes, se comenzó a desarrollar el modelo de base, con el cual no obtuve resultados muy positivos, ya que cuando se implementaron los estilos de enseñanza que rigen este modelo, la resolución de problemas y el descubrimiento guiado, se presentaron inconformidades en algunos adultos, que estaban sustentadas en que no les gustaba lo que se proponía, situación que se notaba en la apatía con que se tomaban las sesiones, quizás porque se acostumbraron a lo que vivieron en el

primer mes con el modelo Tecnocrático ó porque de pronto las actividades propuestas no eran las indicadas, y se limitaban a decir que solo querían divertirse con lo que el profesor propusiera, por lo cual se buscaron alternativas jugadas y se implementaron articuladamente los dos modelos.

2. Identificar como población objeto de estudio a los adultos del barrio Camilo Torres y programar una reunión para formalizar la propuesta pedagógica a ejecutar, cuya asistencia fue aceptable, acción con la cual se logró establecer un compromiso de participación además de familiarizarme con ellos.

3. Programar una reunión para la valoración médica del grupo, cuyo objetivo era determinar los pacientes aptos para la participación en el programa, y que se enteraran de los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial, además de la importancia de realizar actividad física como una medida para controlarla o evitarla, con lo cual se logró crear conciencia y mas compromiso, tanto a nivel individual como con el proceso.

4. Registrar la toma de datos inicial y final en lo que se refiere a presión arterial, peso, talla, circunferencia de cintura y cadera y frecuencia cardíaca en reposo, que permitieron establecer en que condiciones iniciaban el proceso y los cambios fisiológicos que cada uno de los integrantes alcanzó ó no, después de haberlo culminado.

5. Aplicar la encuesta sobre Hipertensión Arterial al inicio y al final del programa, con el fin de detectar que sabían acerca de esta patología, evento que logró

establecer los pocos o erróneos conocimientos que tenían los adultos en un comienzo, y evidenciar los que se consiguieron a través del proceso.

6. Proponer que el grupo construyera el programa de Promoción de la Salud a través de la actividad física, con el propósito de que cada uno aportara sus ideas y que no se sintieran obligados a hacer algo, con lo cual se logró la conformación del programa a ejecutar, cimentado con aportes de los mismos y complementado con charlas sobre los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial.

7. Evaluar cada charla por semana a través de preguntas que debían ser contestadas oralmente en poco tiempo y en pequeños grupos durante la sesión de actividad física, gracias a que se entregó un material de cada tema, y con lo que se lograron dos aspectos, uno positivo y uno negativo; el aspecto positivo se vio reflejado cuando ellos daban respuestas correctas a los interrogantes, lo que indicaba que habían leído el documento y que habían asimilado algo; el aspecto negativo se manifestó con la presencia de algunos casos de deserción, los cuales se vieron justificados en no haber leído el material y sentirse incapaces de asistir a la sesión por temor a ser interrogados. A nivel personal también hubo un fenómeno de retroalimentación cuando hubo que leer, investigar y preparar cada tema.

8. También se ejecutó la autoevaluación de dos maneras; la primera fue un proceso realizado cada mes enfatizando en el compromiso que se había adquirido tanto consigo mismo, como con el proceso y el grupo, en base al número de asistencias que alcanzó durante dicho tiempo, es decir, se leía el número de faltas de cada uno y después se pedía que se autoevaluaran, con lo cual se alcanzó un mayor compromiso con el proceso y una mejor asistencia. La segunda también fue

mensual, se pedía que oralmente expresaran los conocimientos adquiridos en lo referente al calentamiento y el estiramiento, con lo cual se logró un buen conocimiento de cada una de estas fases de la actividad física.

9. Hacer un seguimiento sesión tras sesión de la asistencia de cada uno de los integrantes del grupo mediante un listado que registraba su participación diaria en el programa, con lo cual se logró que cada quien se enterara de la cantidad de veces que habían faltado durante el mes y de la falla que habían cometido al no haber cumplido el compromiso previamente establecido, así como la satisfacción que sentían aquellos que habían asistido cumplidamente al programa, situaciones que al mismo tiempo generaban conciencia, autoevaluación y autocrítica consigo mismo al ver los resultados obtenidos.

10. Se cumplió plenamente con el desarrollo de los principios pedagógicos, en especial el de elevación gradual de las exigencias cuando se comenzó con el trabajo cardiovascular, que inicio con 10 minutos y hacia el final del proceso estaba en 20 minutos, y el de la atención individual y colectiva, cuando se pedía que cada quien lo realizara al ritmo que considerara mas adecuado sin llegar a exigirse, y a nivel grupal cuando se solicitaba trabajar a un solo ritmo. Con la aplicación de dichos principios se logro que gran porcentaje del grupo alcanzara ritmos de trabajo cardiovascular óptimos y por consiguiente, los beneficios que esta brinda.

A continuación se citan las actividades que se realizaron y en las cuales se participó en el marco de la propuesta pedagógica:

1. La actividad más importante fueron las charlas sobre factores de riesgo para la Hipertensión Arterial, como son las dislipidemias, la diabetes mellitus y la obesidad, las cuales tuvieron una gran aceptación en el grupo dada la importancia de las mismas, debido a que generaban cierta expectativa al querer conocer un poco sobre las patologías que afectan con frecuencia la calidad y el estilo de vida de aquellas personas que tienen hábitos sedentarios y que sobrepasan cierta edad. El logro obtenido con estas charlas fue realmente satisfactorio, ya que gran cantidad de integrantes del grupo asimiló la importancia de llevar controles médicos y de realizar actividad física regularmente para favorecer el organismo y evitar enfermarse fácilmente, además, no habían tenido la oportunidad de conocer el mecanismo de acción, cuales son las causas y consecuencias de dichas patologías y el daño que pueden llegar a causar en la salud.

2. Se dieron charlas adicionales sobre la importancia de la actividad física, el cuerpo humano y los hábitos de vida saludable, que no fueron la excepción, ya que se logró que conocieran tanto los beneficios de la práctica regular de actividad física, como los principales huesos y músculos y los hábitos de vida saludables personales que se tornan vitales a cualquier edad.

3. Otra actividad notable fueron las salidas de campo que se organizaron con el grupo cada mes, cuyo objetivo principal era fomentar la recreación y donde el logro obtenido fue realmente satisfactorio en lo relacionado al disfrute de los eventos que se desarrollaron en cada una de ellas, ya que la gran mayoría de los asistentes no habían tenido la oportunidad de compartir en grupo y mucho menos con los habitantes del barrio, lo que llevó a que sus comportamientos se asemejaran a los de un niño, debido al placer y la euforia que experimentaron en el momento, lo cual me llenaba de gusto y provocaba que me contagiara del momento.

4. Otra gran actividad desarrollada en el grupo fueron las caminatas realizadas al cerro Sebastián de Belalcazar (el morro) y a las tres cruces, eventos que tuvieron gran impacto y que al igual que los anteriores, no habían sido realizados por parte de ellos en compañía de habitantes del barrio, aunque no participaron todos como se pensó desde un comienzo ya que los horarios se cruzaban con ciertas labores que ellos decían hacer en este tiempo; dicha situación no impidió que los asistentes cumplieran con el logro trazado que consistía en llegar al destino y vivenciar la dificultad física que se siente cuando se hace un ascenso y lo fácil que puede llegar a ser cuando se es físicamente activo, además de disfrutar de la tranquilidad y el silencio que se siente al interactuar en espacios donde la naturaleza brinda la sensación de bienestar y armonía.

5. Lo cierto es que cada actividad brindó la posibilidad a cada uno de los integrantes del grupo Primavera de vivenciar una experiencia diferente a lo que estaban acostumbrados a realizar en su diario vivir, de experimentar el placer que se siente al disfrutar en grupo y de gozar de los beneficios de la practica de una actividad física dirigida, y mejor aún, cuando los integrantes pertenecen a una misma comunidad, en este caso la del barrio Camilo Torres.

APORTES DEL PRACTICANTE AL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD

Cuando se interviene una comunidad, jamás se imagina tan siquiera un poco, los cambios que pueden llegar a generarse y la satisfacción que se puede alcanzar tanto en los implicados en el programa, como en el practicante mismo, con tan solo proponer algo nuevo como un programa de actividad física. Para lograr tal fin fue necesario implementar una serie de aportes que fueron:

1. Motivar a los adultos de la comunidad para una primera reunión en grupo y transmitirles la idea de realizar actividad física como una medida de vital importancia en la conservación de un estado óptimo de salud.

2. La estimulación constantemente a los integrantes del grupo Primavera, que generó convicción en el adulto y la consecución de mejores resultados, y más aún, cuando se motivó hacia la práctica de actividad física, una herramienta que ayuda en la conservación de la salud y en el mejoramiento tanto del estilo, como de la calidad de vida, pues generó cambios en las conductas sedentarias que tenían muchos de ellos.

3. Aprendieron a identificar la enfermedad como una patología de tipo silenciosa, que es incurable y necesita de un control permanente a través de la articulación entre medicamentos y actividad física moderada; también aprendieron a distinguir cuales son los principales factores de riesgo y las consecuencias que estos traen.

4. El espíritu de integración que se logró con el programa en la comunidad, puesto que hubo casos en los cuales no se conocían mutuamente a pesar de compartir el mismo espacio comunitario, y de todo el grupo el que más conocía identificaba a 3 ó 4 personas, es decir, vivían en un anonimato impensable. El programa se convirtió en una novedad que unificó un poco el sector, pues además de que generó la oportunidad de tener con quien interactuar en los diferentes espacios donde pudiesen encontrarse, dió un gran ejemplo de querer vivir saludablemente a las personas del sector.

5. Se deja un grupo base con los conocimientos elementales acerca de la manera correcta de practicar actividad física y dispuestos a continuar realizándola regularmente después de haber conocido y vivenciado muchos de los beneficios que ésta ofrece, pero más importante aún, se deja un grupo de personas conscientes del daño que puede llegar a sufrir el organismo si no se realizan cambios básicos en los hábitos de vida diaria.

6. El aporte mas trascendente de todos, es la huella que se forja en cada uno de los integrantes del grupo Primavera con el conocimiento adquirido, el cual comienza a hacer parte de la vida de ellos desde el momento en que se realiza la primera sesión, pues a medida que pasaban las mismas, se iban repitiendo conceptos que terminaron siendo asimilados, ya que se pretendía no solo dirigir, sino orientar a cada uno para que tuviera la capacidad de ejecutar ciertos ejercicios y movimientos de memoria y no tuvieran dificultades al realizarlos en el tiempo libre, además de conocer los tiempos adecuados para su realización.

SÍNTESIS DEL TRABAJO EFECTUADO

Este trabajo de grado se basó en promocionar la salud a través de un programa de actividad física, para lo cual fue necesario encontrar una población de adultos objeto de estudio, que se extrajo de la comunidad del barrio Camilo Torres. Días después de haber iniciado el proceso, se programó una valoración médica para determinar los pacientes aptos para la participación en el programa y se realizó una toma inicial de datos que comprendía la presión arterial, el peso, la talla, frecuencia cardíaca en reposo y la circunferencia de cintura y cadera para conocer las condiciones fisiológicas en que comenzaban.

Después se aplicó la encuesta sobre Hipertensión Arterial para saber que conocimientos tenían de dicha patología, y posteriormente se construyó por parte de grupo, el programa de actividad física a ejecutar, complementado con las charlas sobre los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial, nutrición, la importancia y beneficios de la actividad física y los hábitos de vida saludables.

Hacia la mitad del proceso se dió comienzo con las charlas, las cuales se evaluaron oralmente en las sesiones de actividad física correspondientes a cada una de ellas, y que consistía en contestar preguntas básicas del tema en pequeños grupos. También se evaluó la asistencia mediante un formato donde se registró la llegada a cada sesión de los integrantes del grupo.

Se desarrollan mensualmente las caminatas y salidas de campo, las cuales hacían parte de las sugerencias recreativas planteadas en el programa por los adultos. Como parte final del proceso se registra la toma final de datos y se aplica la encuesta para observar los cambios fisiológicos obtenidos y los conocimientos asimilados de la Hipertensión Arterial a lo largo del programa.

RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LAS FALLAS Y ASPECTOS QUE DEBEN SER MEJORADOS

Todo proceso tiene ciertos aspectos negativos y positivos, en ocasiones no todo sale como se planea y los resultados suelen ser los menos esperados, y en este caso los aspectos negativos fueron pocos pero evidentes, los cuales no afectaron abruptamente el proceso pero se manifestaron y deben ser corregidos de la mejor manera.

Un aspecto muy importante que debe ser mejorado y que en realidad se convirtió en una falla, fue la inasistencia, con frecuencia un pequeño grupo de personas faltaban una o dos veces de las tres sesiones que se dirigían por semana. Dicha realidad pasó a convertirse en un fallo cuando se evadió no solo el compromiso con el grupo, sino consigo mismo. Indudablemente existió una buena asistencia en cada sesión de actividad física con un promedio de 14 personas a lo largo de todo el proceso, pero pudo llegar a ser mayor si dichos integrantes no hubiesen incumplido el acuerdo. Lo cierto es que también existió un pequeño grupo que rara vez se ausentaba, y más bien postergaba lo que se les presentara con tal de respetar la intensidad semanal propuesta y así cumplir con el compromiso de mejorar la calidad y el estilo de vida a través de la actividad física.

Es claro que cada quien tiene momentos inoportunos en su diario vivir que son inevitables y en ocasiones, importantes, pero cuando se adquiere una responsabilidad se hace indispensable cumplirla, es una cuestión de puntualidad, cualidad que careció de presencia en este proceso y que se manifestó al comienzo de cada sesión, eran pocos los que estaban a la hora indicada y pasados diez minutos seguían llegando, situación que aparte de ser incomoda, alteraba el rumbo de la clase, ya que ingresaban cuando se estaba terminando la fase de calentamiento, condición que obligaba a extender un poco más el proceso para evitar lesiones al momento de la fase central y que por consiguiente alteraba en tiempo de la ejecución de las actividades centrales.

La falta de compromiso jugó un papel muy importante a lo largo del proceso en aquellas personas que faltaron con frecuencia, es increíble pensar que siempre se presenten dificultades a la hora de realizar actividad física y que no se puedan tomar 3 de las 168 horas que tiene la semana para cumplir con el objetivo, y más preocupante aún, es saber que algunas personas deciden no ir por que

simplemente le dan importancia al hecho de que les dió pereza, olvidando por completo que el único beneficiado en el proceso es él mismo.

La mejor solución a toda esta problemática, es adquirir el mayor compromiso posible, tanto con uno mismo, como con cualquier propósito que se plantee en la vida, afrontarlo con toda la responsabilidad y la motivación necesaria, y lo más importante de todo, hacer participe a la familia, no como un actor más, sino como un soporte que brinda la energía y el apoyo necesario para cumplir con la finalidad que se ha planteado.

RECOMENDACIÓN GENERAL PARA EL GRUPO

Gracias a todos los eventos vividos en el corto tiempo en que se desarrollo este trabajo de grado, a los conocimientos asimilados y a los beneficios adquiridos por cada uno de los integrantes del grupo Primavera, es conveniente e importante que continúen con el proceso y no desistan ante la posibilidad de practicar actividad física regularmente, ya que como ellos mismos lo evidenciaron, no solo ayuda a conservar un buen estado de salud, también permite cultivar la integración que se logro en su debido momento.

PARA LAS EPS

Se recomienda impulsar este tipo de programas enfocados tanto en la Promoción de la Salud como en la prevención, para evitar que menos personas frecuenten al

médico general por molestias y dolores que se manifiestan con el paso de los años, y más bien lo hagan para realizarse un chequeo general que compruebe las buenas condiciones en que se encuentra como resultado de los beneficios que ha logrado a través de la implementación de unos buenos hábitos de vida como la practica de actividad física regular y una alimentación balanceada.

RECOMENDACIÓN PARA LA LICENCIATURA

Cuando se trabaja con poblaciones de personas adultas se corren determinados riesgos que pueden afectar el normal funcionamiento de un proceso, aunque el riesgo es constante; un ejemplo de ello son las lesiones ante una exigencia o un mal procedimiento físico, o cuando se impone algo que no agrada o genera discordia, cuando se cae en la rutina, cuando existe inseguridad por parte del practicante, etcétera, situaciones que eventualmente generan un fenómeno de abandono ante la inconformidad del momento, por lo cual se recomienda tomar las medidas adecuadas para evitar que las personas tengan algún percance, y prestar especial atención a este tipo de situaciones, ya que es muy fácil herir la susceptibilidad de alguien que tiene cierto grado de madurez.

Para cumplir con lo anterior se hace indispensable innovar continuamente, estar sujeto a las sugerencias, ser un amigo más, retroalimentarse constantemente, cumplir y hacer cumplir, estar seguro de si mismo, tener personalidad, evitar imponer actividades y evitar caer en la monotonía, de lo contrario, pueden llevar a que las personas tomen medidas extremas como ausentarse definitivamente del proceso, lo cual afectaría tanto al individuo que pierde la oportunidad de continuar beneficiándose asimismo, como al grupo que se ve desarticulado y preocupado ante la ausencia de uno de sus integrantes, opacando así la integración.

Haber realizado mi trabajo de grado con adultos del barrio Camilo Torres de la ciudad de Popayán, me llena de orgullo por lo logrado con ellos, pero me demuestra una vez más lo ineficaz que ha sido el estado al no ejecutar a cabalidad lo propuesto en sus leyes, como es el caso de la ley 100 de 1993 que en su artículo 153, numeral 3, da prioridad a la protección integral en su fase de educación como una regla y fundamento del servicio público de salud. La población adulta esta sometida al olvido, pues mientras unos trabajan para intentar alcanzar una pensión, muchos se dedican a cumplir labores diarias en casa y aún no tienen la oportunidad de conocer los riesgos a los que están expuestos en caso de tener unos malos hábitos de vida.

La gente enferma y no sabe que puede estar causándole el dolor, no gozan del beneficio de la educación en salud, no conocen en gran mayoría, cuales son aquellos hábitos de vida saludables, y peor aún, no conocen que la actividad física es un buen camino que permite disfrutar con más salud de la existencia, además que mejora la calidad y el estilo de vida de los mismos.

La recomendación es fomentar este tipo de actividades en el programa de Educación Física, tomando como punto de partida la lectura de la ley 100 de 1993, de modo tal que existan grupos encargados de ejecutar a pequeña escala, programas de Promoción de la Salud mediante la actividad física, y de este modo dejar huella educando en salud a la población.

Por último, mi experiencia en la universidad y mi recorrido a través de la vivencia de cada uno de los componentes educativos de la licenciatura y de los conocimientos adquiridos durante dicha preparación, llevan a concluir que un licenciado esta capacitado para ser un asesor en salud por la formación adquirida,

además que se articula perfectamente con lo referente al proceso de educación física, recreación y deporte.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agrest, A. (2007). Prevención de enfermedades y medicina preventiva. Recuperado el 7 de noviembre de 2010, de <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/editorial24.pdf>

Ahumada, C. (2003). Primera parte. La salud pública en el mundo contemporáneo. Capítulo I. Globalización y salud. La globalización y su impacto sobre la salud. En S. Franco, (Ed.). *La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. (pp. 19-34). Bogotá. Sección de publicaciones, Universidad Nacional de Colombia.

Álvarez, E. & Antoñon, J. (s.f.). Los Edificios para Espectáculos Físico-Deportivos en Roma. Recuperado el 16 de noviembre de 2010, de http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/5258/1/ETSA_18-8.pdf

American Heart Association. (2006). Recuperado el 20 de abril de 2009, de http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1165854699102CSC_PhActivity_Repros.pdf

Aristizábal, D. (s.f.). Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. En Hipertensión arterial sistémica. (pp. 351-357). Recuperado el 16 de noviembre de 2010, de <http://www.scc.org.co/libros/libro%20cardiologia/libro%20cardiologia/capitulo4.pdf>

Aristizábal, J. F. (s.f.). Beneficios de la actividad física en la enfermedad cardiovascular. Recuperado el 20 de abril de 2009, de http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/Arch_Med_10/10_actividad_fisica.pdf

Boraita, A., Baño, A., Berrazueta, J. R., Lamiel, R., Luengo, E., Manonelles, P. & Pons, C. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología sobre la actividad física en el cardiópata. *Revista Española de Cardiología*, 53 (5), 684-726. Recuperado el 14 de enero de 2009, de <http://medicinadeportiva.galeon.com/images/AF.pdf>

Camacho, H. (2003). Modelos Pedagógicos en Educación Física. Tomado del libro: Pedagogía y Didáctica de la Educación Física. *Revista Kinesis*, 39, 26-37.

Camacho, H., Castillo, E., Bahamón, P. E., & Cala, R. (2000). Alternativa curricular de educación física para secundaria. Programación grados sexto a undécimo currículo base. Armenia: editorial Kinesis.

Cardona, J. F., Hernández, A. & Yepes, F. J. (2005). La Reforma a la Seguridad Social en Salud en Colombia ¿Avances reales? [Versión electrónica]. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4 (009), 81-99.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (2001). *Salud Publica Educ Salud*, 1 (1), 19-22. Extraído el 15 de abril, 2010, de <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa01-1.pdf>

Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM por sus siglas en inglés). (1998). El ejercicio y la actividad física en los adultos mayores. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 30 (6), 992-1008. (J. Moncada & A. V. Mora, Trads.).

Contecha, L. F. (s.f.). Los Conceptos de Educación Física: una Perspectiva Histórica. Recuperado el 16 de noviembre de 2010, de http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/educacion_fisica/los_conceptos.pdf

Daniel, M. J. (s.f.). El juego, instrumento educativo. Recuperado el 1 de febrero de 2011, de <http://www.forodeeducacion.com/numero2/005.pdf>

De la Reina, L. & Martínez, V. (2003). Manual de teoría y práctica del acondicionamiento físico. Recuperado el 11 de febrero de 2010, de <http://cdeporte.rediris.es/biblioteca/libroMTyPAF.pdf>

De Peray, J. L. (s.f.). La medicina (la salud) comunitaria: un reto para la atención primaria. Recuperado el 15 de abril de 2010, de http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/3/documentos_medicina.pdf

Declaración de Alma-Ata. (2002). *Salud Pública Educ Salud*, 2 (1), 22-24. Extraído el 18 de Octubre, 2010, de <http://www.inclusion-ia.org/espa%F1ol/Norm/AlmaAta-02-1.pdf>

Eslava, J. C. (2006, Octubre 15). Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista de Salud Pública*, 8, (Sup. 2). Extraído el 6 de Octubre de 2010, de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8s2/v8s2a09.pdf>

Fernández, H. D. (s.f.). V Encuentro Nacional de Educación Experiencial. Taller vivencial. Las técnicas recreativas como herramienta didáctica de apoyo al educador experiencial. Recuperado el 4 de febrero de 2011, de <http://www.compensar.com/doc/edu/VencEduExp/05TecRecComFacExp/Las%20tecnicas%20recreativas%20como%20herramientas%20didacticas.pdf>

Forero, J. A. (2004). El «mix» de las comunicaciones: comunicación total en la promoción de la salud. Recuperado el 7 de octubre de 2010, de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%209_7.pdf

Garon, D., Mikulu, J.B., Medrano, M. G., Torres, E., Costa, M., Plá, M., et al. (s.f.). ¿Qué es el Juego Infantil?. En *El juego y el juguete en la educación infantil*. Recuperado el 1 de febrero de 2011, de http://www.crecerjugando.org/pdf/Juego_educacion.pdf

Gil, A. A. (2008). Reforma del Sistema de Salud en Colombia. Focalización del Gasto Público Social en Salud [Versión electrónica]. Semestre Económico, 11 (21), 45-63.

Giraldo, F. (2000). Hipertensión Arterial: Introducción. *Hipertensión Arterial. Guía Integral, Volumen 2, Suplemento 2*, (pp. 5-7).

González, P. (2009). Manual de Supervivencia en Salud Pública. Conceptos y recursos. Recuperado el 31 de octubre de 2010, de http://www.ifmsacomplutense.com/files/manual_de_supervivencia_en_salud_publica.pdf

Hernández, J. (2004). Recomendaciones en la Prescripción del Entrenamiento con Pesas (contra resistencia) para Diabéticos e Hipertensos [Versión electrónica]. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*, 28 (002), 269-278.

Hernández, M. (s.f.). El Juego Deportivo en la Edad Moderna. Siglos XVI y XVII. Recuperado el 16 de noviembre de 2010, de http://www.museodeljuego.org/_xmedia/contenidos/0000000029/docu1.pdf

Jáuregui, C. A. (2001). Garantía de la calidad en promoción y prevención. En A. Garrido (Ed.), *Garantía de calidad en salud*. (pp. 167-182).

JNC- 7º, (2000). El Séptimo Informe del Joint National Comité. Recuperado el 3 de diciembre de 2008, de http://www.juntaex.es/consejerias/sanidad-dependencia/dg-planificacionordenacioncoordinacion/common/eps/6_hipertension.pdf

Ley 100 de 1993. El congreso de la república de Colombia. Recuperado el 23 de enero de 2009, de <http://www.caprecom.gov.co/sitio/filesnormatividad/Ley-100-de-1993.pdf>

Ley 181 de Enero 18 de 1995. El congreso de la república de Colombia. Recuperado el 4 de febrero de 2011, de http://www.sinic.gov.co/SINIC/Sipa_Conceptos_Comite_Tecnico/ley%20181%20de%201995.pdf

López, N. A. (2000). Tratamiento no Farmacológico de la Hipertensión Arterial. En *Hipertensión Arterial. Guía Integral, Volumen 2, Suplemento 2*, (pp. 22-26).

Martínez, M. E. (2002, Junio 15). Historia de la actividad física en la antigua civilización cretense (2800-1100 a.c.): El desarrollo de los valores corporales no violentos. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 5 (2), 1-7. Extraído el 14 de Noviembre de 2010, de http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1227714849.pdf

Miguel, P. E. & Sarmiento, Y. (2009, Septiembre 14). Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. *ACIMED*, 20 (3), 92-100. Extraído el 14 de Noviembre de 2010, de http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol20_3_09/aci07909.pdf

Muñoz, G. I. (2004). Historia de la prevención [Versión electrónica]. Hacia la promoción de la Salud, 9, 27-32.

Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la Salud. Glosario. Recuperado el 18 de Octubre de 2010, de http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2005). Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Acción sobre los Factores Sociales Determinantes de la Salud: Aprender de las Experiencias Anteriores. El contexto político-económico de los años ochenta: neoliberalismo. (pp. 24-27). Recuperado el 21 de octubre de 2010, de http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf

Organización mundial de la salud. (2008). 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 11.5 del orden del día provisional. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial. Recuperado el 20 de noviembre de 2010, de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf

Palacios, N. y Serratosa, L. (2000). Beneficios de la actividad física en la salud. Recuperado el 20 de abril de 2009, de http://www.aytosantona.org/documentos/menu/N_beneficios_actividad_salud.pdf

Peñate, M. (2002). Salud comunitaria. Recuperado el 8 de enero de 2009, de <http://www.cop.es/delegaci/palmas/biblio/salud/salud05.pdf>

Pérez, V. & Devis, J. (2003). La promoción de la actividad física relacionada con la salud. La perspectiva de proceso y de resultado [Versión electrónica]. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 3 (10), 69-74.

Ramírez, H. (2002). Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colombia Médica*, 1, (33), 3-5. Recuperado el 14 de enero de 2009, de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol28No2/ejercicio.pdf>

Restrepo, H., (2001). Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. En A. Garrido (Ed.), *Promoción de la Salud: Como construir vida saludable*. (pp. 15-23). Bogotá. Editorial Médica Internacional.

Restrepo, H., (2001). Conceptos y definiciones. En A. Garrido (Ed.), *Promoción de la Salud: Como construir vida saludable*. (pp. 24-33). Bogotá. Editorial Médica Internacional.

Revista Ciencias de la Salud (2000): Unicauca Ciencia.

Ruiz, A. y Feriz, K. (2000). Manejo Farmacológico de la Hipertensión Arterial. En *Hipertensión Arterial. Guía Integral. Volumen 2, Suplemento 2*. (pp. 27-39).

Solorza, A. (2000): Hipertensión Arterial: Diagnóstico y Clasificación. En *Hipertensión Arterial. Guía Integral. Volumen 2, Suplemento 2*. (pp. 8-12).

Toscano, W. & Rodríguez, L. (2008). Actividad Física y Calidad de Vida [Versión electrónica]. *Hologramática, Facultad de Ciencias Sociales, UNLZ*, 9 (1), 3-17.

Unesco. (1997). Educación para la salud: Promoción y educación para la salud. Recuperado el 6 de octubre de 2010, de <http://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/M7/5ta%20conf%20unesco%20edu%20sal.pdf>

Velázquez, O., Rosas, M., Lara, A., Pastelín, G., Sánchez, C., Attie, F. & Tapia, R. (2003, Enero 30). Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología de Mexico*, 73, artículo 1, 62-77. Extraído el 14 de Noviembre de 2010, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2003/ac031i.pdf>

Villegas, J. L. (2007). Caracterización de los factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos. Recuperado el 10 de febrero de 2009, de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/830/1/Caracterizacion-de-los-factores-de-riesgo-de-hipertension-arterial-en-adultos.html>

Zagalaz, M. L. (2001). ¿Conoces las corrientes actuales de la educación física? En *Corrientes y tendencias de la educación física*. Recuperado el 30 de Enero de 2011 de <http://books.google.com.ar/books?id=oeMyulhElgsC&printsec=frontcover&dq=Corrientes+y+tendencias+de+la+educaci%C3%B3n+f%C3%ADsica+Escrito+por+Mar%C3%ADa+Luisa+Zagalaz+S%C3%A1nchez&hl=>

es&ei=R_5FTY_uAYP6lwfx4w1&sa=X&oi=book_result&ct=book-
thumbnail&resnum=1&ved=0CCoQ6wEwAA#v=onepage&q&f=false

11. ANEXOS

ANEXO 1 TOMA INICIAL DE DATOS 3 de Febrero de 2010

	Peso	Talla	Presión Arterial	F.C rep.	Cintura	Cadera
1	51	1.55	150/90	72	91	92
2	46	1.41	120/90	72	76	88
3	55	1.47	120/80	72	89	102
4	50	1.55	130/70	68	88	96
5	59	1.49	120/70	72	92	99
6	50	1,47	100/60	72	88	96
7	60	1.57	120/65	80	92	98
8	60	1.47	110/60	72	89	102
9	75	1.55	110/70	72	105	118
10	60	1.53	120/80	68	85	104
11	55	1.57	160/100	80	81	97
12	69	1.48	110/80	72	98	113
13	62	1.57	120/80	72	88	107
14	63	1.56	140/80	84	93	99
15	71	1.65	90/60	68	93	100
16	68	1.57	170/100	76	94	108
17	61	1.55	180/100	80	98	102
18	70	1.52	110/80	72	91	108
19	45	1.47	140/85	80	67	89
20	65	1.73	160/100	60	92	93
21	48	1.48	120/80	92	79	94
22	95	1.70	150/90	80	112	124
23	83	1.65	110/70	80	96	113
24	61	1.49	115/70	80	94	101
25	72	1.59	110/60	68	98	108
26	52	1.55	110/60	80	85	94
27	56	1.51	180/100	72	95	100

ANEXO 2
 FORMATO DE ENCUESTA
 ENCUESTA SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL

Nombre: _____

Edad: _____

1) ¿Qué es Hipertensión Arterial?

- | | | |
|--------------------|--------------------------------|---------------------|
| a) Dolor de cabeza | c) Aumento de presión arterial | e) Calor en la cara |
| b) Mareos | d) Decaimiento | f) No sé |

2) ¿Cuáles son las causas de la Hipertensión Arterial?

- | | | |
|----------------------|------------------|--------------------|
| a) Mala alimentación | c) Sedentarismo | e) Exceso de grasa |
| b) Herencia | d) Exceso de sal | f) No sé |

3) ¿Cómo cree usted que se puede controlar la Hipertensión arterial?

- | | | |
|-----------------------|----------------------------|---------------------|
| a) Control Médico | c) Tomando medicamentos | e) Comiendo sin sal |
| b) Haciendo ejercicio | d) Alimentación balanceada | f) No sé |

4) ¿Sabe usted cuáles son las consecuencias de no controlar la Hipertensión Arterial?

- | | | |
|-----------------------|------------------|------------------|
| a) Infarto al corazón | c) Muerte | e) Paro cardíaco |
| b) Trombosis | d) Daño al riñón | f) No sé |

5) ¿Practica usted actividad física?

	SI	NO		
Cuál?	Caminata	Trote	Gimnasio	Juegos
Cuánto tiempo?	½ Hora	1 Hora	2 Horas	Más de 2 Horas
Cuántos días x Semana?	1	2	3	4 5

6) ¿Sabe usted cuáles son los beneficios de la Actividad Física?

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| | | SI NO |
| a) Bajar de peso | c) Disminuye la presión arterial | e) Mejorar la autoestima |
| b) Disminuye los triglicéridos | d) Mayor resistencia física | f) No sé |

7) ¿Qué medicamentos toma para la Hipertensión Arterial?

8) ¿Dejó usted de tomar el medicamento?

SI

NO

Por qué?

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| a) Olvido | c) Le cae mal |
| b) Ingesta de alcohol | d) Nunca los ha tomado |

**“EL EJERCICIO ES FUNDAMENTAL PARA TENER UN BUEN CORAZÓN”
 GRACIAS**

ANEXO 3
TOMA FINAL DE DATOS
8 de Julio de 2010

	Peso	Talla	Presión Arterial	F.C rep.	Cintura	Cadera
1	53	1.55	140/80	68	93	92
2	50	1.41	140/100	72	83	86
3	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
4	52	1.55	120/80	68	91	96
5	58	1.49	120/60	72	92	98
6	52	1.47	150/90	72	87	90
7	60	1.57	120/70	76	88	97
8	64	1.47	140/90	72	92	99
9	76	1.55	140/80	76	106	111
10	59	1.53	130/80	64	83	101
11	54	1.57	130/80	76	79	96
12	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
13	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
14	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
15	71	1.65	100/60	64	91	99
16	66	1.57	150/80	72	90	103
17	56	1.55	140/90	76	96	100
18	64	1.51	130/80	68	89	104
19	47	1.47	140/90	76	68	92
20	69	1.65	140/100	60	94	94
21	50	1.48	140/90	84	78	94
22	92	1.70	130/90	80	114	126
23	80	1.65	110/60	76	91	116
24	66	1.50	130/90	76	97	101
25	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
26	55	1.55	110/60	76	87	94
27	55	1.51	150/100	72	80	95

N.A (No asistió).

ANEXO 4
FORMATO DE ASISTENCIA
GRUPO PRIMAVERA
Lista de asistencia (por mes)

	2	5	8	10	12	15	17	19	21	23	26	28	30	Faltas
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														