

**Comunidades saludables en movimiento
Movilización social para la promoción de estilos de
vida activos**

Fis., Mg. Julia Adriana Castro Carvajal

**Profesora Asociada
Instituto de Educación Física- Universidad de
Antioquia
juliacas@edufisica.udea.edu.co**

Introducción

Los beneficios de la actividad física para el mantenimiento y promoción de la salud humana han sido ampliamente divulgados en los últimos 30 años. Actualmente, se considera un componente esencial en la promoción de estilos de vida saludables para toda la población. No obstante, el sedentarismo es el modo de vida que predomina en casi todas las zonas urbanas del mundo y en la Región de la Américas, convirtiéndose en uno de los grandes factores de riesgo causante de enfermedad, muerte y discapacidad.

La práctica adecuada de las diversas formas motrices y la ausencia de las mismas en la vida de las personas y los colectivos, es un asunto de interés social y científico que requiere de un entendimiento complejo de ésta capacidad humana, así como de procesos de movilización social para posicionarla en la agenda del sistema político desde una perspectiva equitativa, incluyente y sostenible.

El presente artículo expone el enfoque actual de promoción de la actividad física como componente de los estilos de vida saludables desde un enfoque comprensivo y multidimensional, partiendo de los enfoques actuales de salud, desempeño humano y calidad de vida.

Triada: salud - desarrollo humano – calidad de vida

Durante la mayor parte del siglo XX el concepto de salud, estuvo dominado por el enfoque biomédico sobre la misma, que la concebía como ausencia de enfermedad,

desarrollándose acciones en los sistemas de salud pública, investigación y seguridad social, hacia el diagnóstico, la detección y el control de factores de riesgo y la especialización de los servicios de atención. Sin embargo, el importante incremento de las enfermedades crónicas y no transmisibles, el envejecimiento de la sociedad y la creciente inequidad social y la pobreza, entre otros hechos, hicieron notar la crisis de ésta paradigma para lograr alcanzar el bienestar deseado para todos, promulgado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la declaración de Alma Ata (1977), “Salud para todos en el año 2000”.

Desde este momento, se acentúa la necesidad de relacionar el término salud con calidad de vida, como garantía para avanzar hacia el desarrollo individual y colectivo, considerando las diferentes formas de lograrlo, según los contextos socioculturales, políticos y económicos. Especialmente, se destaca durante la década del 80, la conocida Conferencia Internacional de Promoción de la salud de Ottawa (Canadá, 1986), la cual ofreció el marco de referencia más importante de la filosofía de la promoción de la salud y abrió el camino para la reorientación de la acción.

Durante los últimos 20 años, hasta ahora, ha venido enriqueciéndose un nuevo paradigma que concibe la salud de forma holística en la cual tiene lugar el proceso vital humano y el desarrollo de todas sus dimensiones de forma integral e integradora, incluyendo la satisfacción de sus necesidades básicas y otras aspiraciones humanas de forma digna y plena.

Además, los postulados de la promoción de la salud, insisten en la necesidad de fomentar “la participación y la acción política para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas; da un valor a los procesos de empoderamiento de los grupos y las personas, para que puedan desarrollar su máximo potencial de salud y a la mediación, para que intereses antagónicos se concilien y los actores del gobierno y la ciudadanía, puedan modificar las condiciones que se oponen al bienestar” (Restrepo y otros, 2001: 26).

El nuevo horizonte de sentido para la salud también ha sido nutrido por las resignificaciones que se han dado en torno al ser humano y al desarrollo en contextos de la globalización, a punto que se habla de potencial o capacidad de salud. En esta tendencia teórica se ubica Luis Weinstein (1978, 45) quien define la salud como "el

conjunto de capacidades de un individuo o de un colectivo que permiten la expresión de la salud" y agrega que "la noción de capacidad es la matriz de la salud, no prejuzga sobre el grado mayor o menor de enfermedad o sobre normalidad de una persona. Es aplicable así a cualquier persona o grupo del que se pueda decir que éstas o aquellas son sus capacidades, su salud".

Para este autor, la salud comprende las capacidades vitales, de goce, de comunicación, de creatividad, de crítica y autocrítica, de autonomía y de solidaridad. Estas capacidades no están nunca aisladas, se implican recíprocamente, se entretajan y se afectan mutuamente, pero es precisamente la salud la que permite ser el hilo conductor de resonancia e integración entre cada una de ellas.

De otro lado, ha ido realizándose un tránsito en la forma de concebir el desarrollo humano, ya no desde una mirada individual, lineal, homocrónica, mecanicista y unidisciplinaria, sino desde una perspectiva multidimensional, heterocrónica, integral y adaptativa.

En este nuevo marco comprensivo, el desarrollo humano se asume éste desde una perspectiva ecológica en la que se parte del presupuesto de que el desarrollo se produce en procesos de interacción sistemática y de múltiples acomodaciones entre el sujeto en construcción y los contextos en los que el desarrollo se realiza (Bronfenbrenner,1987).

El desarrollo humano, se concibe entonces, como un proceso activo de constitución del sujeto en sus dimensiones individual y social, el cual se realiza en contextos y en situaciones de interacción. Hacerse sujeto implica alcanzar conciencia de sí y del mundo y tomar posicionamiento en el orden de lo histórico, lo cultural y lo social, en aras de participar en su transformación.

Así mismo, el ser humano no puede ser dicotomizado, es uno solo, y tiene la posibilidad de integrar en sí mismo, la diferencia entre los elementos que lo constituyen, y poner en interacción sus esferas específicas de desarrollo. Estas esferas constitutivas de desarrollo, según la escuela del Centro Internacional para el desarrollo humano y la educación (CINDE) son: madurativa, cognitiva, lingüística - comunicativa, erótica - afectiva, ética - moral, lúdica - estética, política y productiva – laboral (Roldan,1997).

Las esferas en sí mismas, son producto de la interacción entre el individuo y las condiciones sociales-culturales, y también expresan sus posibilidades de desarrollo, anunciando su capacidad de aumentar su potencial de salud, la autorrealización personal y el desarrollo social.

De forma simultánea a las movilizaciones paradigmáticas en los conceptos de salud y desarrollo humano, se ha producido también un giro comprensivo de las nociones de desarrollo y calidad de vida.

Retomando a Rosenberg (1994, 175) “el ser humano es y debe ser el centro y el foco del esfuerzo de desarrollo” esta afirmación coincide con los planteamientos que en las últimas dos décadas el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha expresado en sus informes mundiales, abandonando progresivamente la omnipresencia de la esfera económica y productiva sobre las personas, donde la calidad de vida era evaluada según el crecimiento económico de las naciones, y la circulación de bienes y servicios reflejado en el nivel de vida de las poblaciones, sino como uno de los instrumentos, junto con otros, que interactúan para alcanzar una vida plena y digna.

Desde esta visión, la calidad de vida es “la calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos” (Coehlo, citado por Castro, 2001:56), significa, entonces, que es un constructo complejo y multifactorial donde se pueden tener algunas formas de medición objetivas, pero donde tiene mayor importancia la vivencia que tiene las personas sobre las posibilidades que poseen para satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas.

La Teoría de Desarrollo a Escala Humana ideada por Max-Neef y su equipo (2000), es una de las más aceptadas a la hora de definir las necesidades humanas fundamentales. Esta teoría parte de considerar al sujeto como un ser de necesidades múltiples e interdependientes por lo que se pueden establecer las siguientes necesidades con un carácter finito y universal : subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Estas necesidades se interrelacionan e interactúan entre sí, actuando más como potencialidades que como carencias, en escenarios existenciales como el ser, tener, hacer y estar.

Los satisfactores por su parte, son el modo por el cual se expresa una necesidad y están determinados cultural e

históricamente, sufriendo cambios en su cantidad y calidad. Mientras, los bienes(objetos), son un medio por el cual el sujeto potencia los satisfactores para vivir sus necesidades.

Finalmente, se puede decir que el desarrollo de la promoción de la salud, requiere impulsar la identificación y comprensión de la realidad que se desea transformar, acceder a una toma de consciencia de la capacidad potencial a nivel individual y colectivo, destacar la multidimensionalidad del desarrollo humano y facilitar procesos por los cuales las personas y los grupos se vuelven más autodirigidas y asumen una mayor responsabilidad con respecto a lo que pasa en sus vidas, organizándose y actuando para satisfacer sus necesidades fundamentales.

Los paradigmas de salud y sus consecuencias en la noción de desempeño humano y actividad física

En el marco de los dos paradigmas de salud descritos anteriormente, también se desarrollaron modelos de comprensión de la salud sobre los efectos en el desempeño humano o funcionamiento de los individuos. Para el enfoque basado en la enfermedad, la OMS describió un Modelo de las consecuencias de la enfermedad que se orientó hacia la valoración de los efectos de la enfermedad y del medio ambiente sobre el desempeño del individuo, permitiendo definir su capacidad funcional existente o potencial, detectar situaciones de riesgo para la pérdida de independencia o funcionalidad y una atención del problema de forma particular e interdisciplinaria.

Desde la visión de la salud holista y sobretodo ante la urgencia de dar respuesta a las condiciones reales de las personas, los diversos grupos de edad, el género y los contextos socioculturales, la OMS en el año 1999 presentó el Modelo de las consecuencias de la salud donde propone que el funcionamiento y la discapacidad, cubren el funcionamiento humano en tres niveles, el cuerpo o parte de él, la persona en su totalidad y la persona en su contexto ambiental y social, que en interacción con factores contextuales, los resultados pueden llevar a niveles de función positivos o negativos.

De forma general, se puede afirmar que el modelo que predominantemente ha tenido eco en las profesiones relacionadas con la educación, habilitación y rehabilitación

física, ha sido el relacionado con las consecuencias de la enfermedad, por el enfoque individual, orgánico y funcional que caracteriza a los programas y servicios ofrecidos a la comunidad, ya sea en instituciones de salud, centros de acondicionamiento físico, cajas de compensación familiar, instituciones escolares, entre otros.

Por su parte, la noción de actividad física no ha escapado a los presupuestos epistemológicos y metodológicos derivados de la postura dualista del cuerpo y los enfoques epidemiológicos centrados en la enfermedad y los factores de riesgo.

La actividad física puede entenderse desde dos visiones. Uno de carácter más centrado en la adaptación, especialmente de enfoque positivista, y otro, orientado a su expresión como capacidad humana, influido por los enfoques fenomenológicos, comprensivos y complejos.

Para la visión de la actividad física como adaptación, el cuerpo es una sofisticada máquina de ingeniería en movimiento que obedece a principios y leyes biológicas y mecánicas, en las cuales se reconoce o se da prioridad a la regulación fisiológica, y se hacen posibles los procesos adaptativos del individuo (Prieto, 2004). En esta perspectiva, la motivación actúa como un impulso de la conducta humana (estímulo-respuesta) y el movimiento corporal es el resultado de la acción del sistema músculo esquelético con un consumo energético determinado por la intensidad y la carga con que se realiza (Ramirez, 2002).

De otra parte, la actividad física entendida como capacidad humana, reconoce su carácter de unidad con el ser. Es decir, las acciones humanas presuponen intenciones, y éstas, se hallan situadas dentro de contextos históricos u culturales que las dotan de sentido. La acción, como intencionalidad operante, no sólo se dirige al desarrollo de habilidades o desempeños, sino sobretodo, es fundamentalmente la búsqueda de la condición humana desde la capacidad que tiene el ser de formarse y hacerse, mediante el aprendizaje y la experiencia, posibilidad que le permite satisfacer su potencial de desarrollo, interactuar con los otros y el entorno (Castro, 2004).

Vista de este modo, el término actividad física no logra acotar toda su significado, incluso es una objetivación muy clara de la posturas dualista e instrumental del

pensamiento occidental sobre el cuerpo y por esto, actualmente se abre paso en algunos escenarios académicos, el concepto de motricidad, buscando más allá de un cambio de vocablos, la necesidad de una transición paradigmática que permita rescatar la multidimensionalidad del ser humano como proyecto, en busca de su trascendencia desde la acción, a partir de su reconocimiento como ser- corporal- en el mundo (Sergio, 1999).

Además, el énfasis dado a la actividad física como fitness ha centrado el mensaje de moverse para mantener la salud y la forma, desarrollando solo las capacidades o condiciones físicas, motivaciones que a pesar del aparente auge respaldado por campañas publicitarias, no logra captar un porcentaje significativo de la población. Esta perspectiva del acondicionamiento físico, se olvida que esta práctica ha sido siempre determinada por el contexto histórico y cultural, creando un gran abanico de actitudes hacia la actividad física que determinan la disposición a la misma, tales como: reto, meta, interacción social, evasión, emoción, salud, condición física, rendimiento, estética corporal, placer y expresión (Sánchez, 1987)

En este sentido, la motricidad y la actividad física, tienen presencia en la vida cotidiana de las personas en los momentos de tiempo libre, transporte, trabajo, ocio y actividades de la vida diaria, acompañada siempre de una intencionalidad significativa.

En conclusión, establecer nexos entre la actividad física y la salud requiere asumir que: a) la salud no es simplemente orgánica, ni se determina por la ausencia de enfermedad. Sino que por el contrario, establece una relación dialéctica con ella que le permite en ciertos instantes afianzarse y mostrar o establecer recursos favorables para la vida, y en otro momento, disminuirse, b) el movimiento corporal, no solo se dirige al desarrollo de condiciones físico-orgánicas, sino además, a la satisfacción de las necesidades humanas en el proceso de construcción del sujeto individual y colectivo c) la práctica de actividad física se encuentran estrechamente ligada con el contexto histórico y social, de tal forma que son los significados culturales, las normas, los valores, la comunicación y el trabajo, entre otros factores, los que determinan esta conducta.

Vivir activamente: estilos de vida saludables con énfasis en la actividad física

Desde la escuela anglosajona y canadiense, el término de actividad física se ha equiparado a una práctica de ejercitación que actúa como un dispositivo para reducir o eliminar el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes, obesidad, osteoporosis, cáncer de colon, cáncer de mama, y disfunciones músculo-esqueléticas. De igual forma, previene o reduce el estrés, la ansiedad y la depresión, estimula la autoestima y la claridad mental (Pate, Pratt, Blair, Haskell, Macera y otros, 1995). Además, estudios en escolares activos demuestran que tienen mejor rendimiento académico y un sentido de responsabilidad personal y social más acentuados que los sedentarios (Jensen, 2000).

Tanto es el reconocimiento de los beneficios de vivir de forma activa, que la OMS (2002) ha promovido la recomendación de acumular 30 minutos de actividad física moderada cada día o durante casi todos los días de la semana, como suficientes, para obtener el impacto deseado en la prevención de las enfermedades no transmisibles (ENT) y declaró el 6 de abril, día mundial de la actividad física. Sin embargo, en el Informe sobre la salud en el mundo 2002, de esta misma organización, se estimó que el sedentarismo constituye una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. Además, indicó que el 76% de todas las defunciones en el continente americano se debieron a ENT y que la proporción de la población cuya salud está en riesgo debido a una vida inactiva se aproxima al 60%. Gran parte de esta población son personas con limitaciones de movilidad y otros problemas de salud (Jacoby, Bull y Neiman; 2003).

En Colombia, datos obtenidos en algunas encuestas regionales muestran un porcentaje de adultos sedentarios o casi sedentarios entre el 60% y el 85%. Específicamente en Bogotá, el programa Muévete Bogotá del Instituto de Recreación y Deporte y la Alcaldía de Bogotá, en 1999 alertaba como el 84% mayores de 18 años no realizaban suficiente cantidad de actividad física (Gutierrez, Florez, Sarmiento, 2002). Precisamente desde este año, se inició el desarrollo de un programa llamado Colombia Activa y Saludable entre COLDEPORTES y el Ministerio de Protección Social que busca fomentar el desarrollo de estrategias y redes para la promoción de la actividad física.

La Ley 181 de Enero de 1995, la cual articula la política gubernamental con respecto al fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la educación física, en los objetivos generales afirma, la necesaria implementación y fomento de la educación física para contribuir a la formación integral de la persona en todas sus edades y facilitarle su participación en el cumplimiento eficaz de sus obligaciones como miembro de la sociedad. De igual modo, la Ley 361 de 1997, en la cual se puntualizan diversos aspectos en relación con los derechos fundamentales de las personas en situación de discapacidad, establece derechos y responsabilidades del estado para favorecer, entre otros asuntos, la educación física, el deporte, la recreación y el bienestar social de esta población con miras a favorecer su completa inclusión social y realización personal.

La relación directa de la actividad física como factor protector y como estilo de vida deseable, ha llevado a que desde diferentes teorías y modelos provenientes de las ciencias sociales y comportamentales se intente promoverla (cuadro 1).

Cuadro 1. Resumen de las teorías y modelos usados en investigación en Actividad física.

| Teoría | Modelo | Conceptos Claves |
|----------------------------------|------------|--|
| Aprensión de la actividad física | Individual | Refuerzo, sugerencias y modelado |
| Modelo de susceptibilidad | Individual | Susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios |

| | | |
|---|--|---|
| o d e c r e e n c i a s e n s a l u d | i d u a l | percibidos, barreras percibidas, claves de acción y autoeficacia. |
| M o d e l o T r a n s t e ó r i c o | I n d i v i d u a l | Precontemplativo, contemplativo, preparación, acción y mantenimiento. |
| R e l a p s e p r e v e n t i o n | I n d i v i d u a l | Entrenamiento, reconstrucción cognitiva y equili- brar estilos de vida |
| S k i l l s T e o | I n t | Determinismo reciproco, capacidad de |

r
í
a
S
o
c
i
a
l
c
o
g
n
i
t
i
v
a
T
e
o
r
í
a
d
e
l
c
o
m
p
o
r
t
a
m
i
e
n
t
o
p
l
a
n
e
a
d
o
S
o
p
o
r
t
e
S
o
c
i
a

e
r
p
e
r
s
o
n
a
l

l
n
t
e
r
p
e
r
s
o
n
a
l

l
n
t
e
r
p
e
r
s
o
n
a

comportamiento,
autoeficacia,
expectativas de
resultados, apren-
dizaje por
observación y
refuerzo.

Actitud hacia el
comportamiento,
expectativas de
resultados, valor
asignado a
expectativas de re-
sultados, normas
subjetivas,
creencias de otros,
motivos para
obedecer a otros y
control del
comportamiento
percibido.

Soportes:
Instrumental,
informativo,
emocional y
económico.

| | | |
|---|---|--------------------|
| l | l | |
| P | A | Múltiples niveles |
| e | m | de influencia: |
| r | b | intrapersonal, in- |
| s | i | terpersonal, |
| p | e | institucional, |
| e | n | Comunitario y |
| c | t | política Pública |
| t | a | |
| i | l | |
| v | | |
| a | | |
| E | | |
| c | | |
| o | | |
| l | | |
| ó | | |
| g | | |
| i | | |
| c | | |
| a | | |

Fuente: Adapted from Glanz K and Rimer BK. Theory at-a-glance: a guide for health promotion practice, U.S. Department of Health and Human Services, 1995.

A pesar de los avances conceptuales alcanzados desde las diversas teorías, la mayoría de intervenciones orientadas a promover la actividad física como estilos de vida saludable, ha privilegiado el enfoque individual, en el que la persona tiene la responsabilidad total de su comportamiento, derivándose casi siempre en programas sectoriales con acciones puntuales y de baja permanencia, debido a la falta de reconocimiento de los hábitos, como productos de las redes simbólicas que se han definido en los grupos a partir de determinadas experiencias sociales, políticas y culturales.

Una perspectiva comprensiva de la salud adopta el punto de vista de que el ambiente social incide en la salud humana y que es necesario entender que todos los procesos vitales de la existencia humana entran en la cadena de causación. En la salud de los seres humanos inciden múltiples fuerzas categóricamente diferentes, cuyo arreglo potencial puede ser representado como componentes de la experiencia social. En este sentido, la salud humana está ampliamente condicionada por la capacidad y el alcance modelador de la experiencia social (Agudelo, 2004).

Es urgente, entonces, interpretar los estilos de vida como productos culturales complejos, de los cuales hacen parte el sedentarismo y la práctica de la actividad física, diferenciándose de las interpretaciones que los consideran hábitos personales discretos e independientemente modificables. Por lo tanto los estilos

de vida pueden definirse como “patrones repetitivos de comportamiento, condicionados por la cultura y los estándares de vida, pero aún bajo control de los individuos o la familia. Representan cualquier combinación de prácticas específicas y condiciones ambientales que reflejan patrones de vida influenciados por la historia social y familiar, la cultura y las circunstancias socioeconómicas” (Agudelo, 2004).

Los estilos de vida cambian lentamente; por lo general, requieren una combinación de intervenciones en los diferentes niveles de la estructura social y la implementación de diversas estrategias informativas, educacionales, sociales, ambientales y políticas que soporten, promuevan y sostengan los cambios en los comportamientos y los comportamientos.

Todo comportamiento individual, es producto de la experiencia personal y social donde se desenvuelve, vinculándose a él, un nivel interpersonal desde el cual se crea un soporte social (entendido como la naturaleza y calidad de las interacciones humanas), vínculos afectivos (emocionales) y sentidos de pertenencia, que expresan las conexiones entre los individuos y entre éstos y las agencias e instituciones formales. Estas interacciones generan grupos, organizaciones o instituciones que a su vez son subsistemas de las comunidades y éstas, subsistemas de la sociedad.

Cada uno de los cinco niveles principales de la estructura social deben ser indagados para comprender de qué forma ayudan u obstaculizan el cambio de comportamiento adecuado, así como también, las estrategias implementadas deben ser pertinentes para los intereses de cada componente, con el fin de consolidar la capacidad de la estructura social para apoyar la iniciación y el mantenimiento de una forma de vida activa (cuadro 2).

Cuadro 2: Niveles y focos de intervención en la estructura social

| Nivel | Integrado por... | Focos intervención |
|--------|---|--|
| Social | Divisiones ordenadoras de la sociedad civil, divisiones administrativas y ámbito urbano. Incluye lo político como | Políticas públicas, incentivos legales y económicos, refuerzos sociales, articulación intersectorial, modificaciones, adaptaciones |

| | | |
|---------------|---|--|
| | <p>el aparato de gobierno, los sistemas legales, las políticas sociales, los partidos políticos y sus ideologías, entre otros; además, el ámbito de lo urbano y el ambiente de seguridad social.</p> | <p>reordenamientos normativos, modos de transporte, espacios públicos y nivel de seguridad urbana (vista tanto desde el tránsito como de los niveles de criminalidad), que faciliten la puesta en práctica de estilos de vida saludables y práctica de actividad física.</p> |
| Comunitario | <p>Localidades, comunas, asociaciones vecinales, juntas de acción comunal, resguardos indígenas, etc. Incluye grupos y asociaciones vinculados por sentido de territorio y cuyo foco es externo, hacia fuera, con un sentido colectivo y común.</p> | <p>Participación ciudadana, derazgo, procesos de grupo, eficacia colectiva, soporte social. Capacidad comunitaria para organizarse, movilizar, identificar problemas, generar soluciones. Imaginarios sociales, costumbres, normas de comportamiento, medios de comunicación, relación con servicios, etc.</p> |
| Institucional | <p>Organizaciones, agencias, empresas, escuelas, instituciones públicas o privadas y asociaciones cuyo foco es interno, hacia adentro.</p> | <p>Normas, decisiones, mensajes, prácticas de relación con actividad física.</p> |
| Interpersonal | <p>Pequeños grupos de personas que comparten algo en común (sentimientos, ideales y</p> | <p>Representaciones prácticas, actitudes hacia actividad física. Soporte social.</p> |

| | | |
|------------|---|---|
| | sentido de pertenencia): familia, círculos de amigos, compañeros de trabajo, colegas, vecinos, asociaciones y redes sociales o científicas. | |
| Individual | Individuos con identidad y rol social, pertenecientes a una audiencia específica: cliente, estudiantes ejecutivos, profesores, padres de familia, residente, portero, líder comunal, senador, mujer cabeza de hogar, abuelos, etc.. | Conocimientos, actitudes, creencias, sentimientos, prácticas, motivaciones, habilidades, percepción barreras, sentido de autoeficacia, autoestima, etc. |

Adaptado de Gottlieb y McLeroy, 1994. CDC-USDHHS.. Promoting physical activity. A guide for community action. Human Kinetics, 1999. USA

En relación a las estrategias para promover la actividad física, se conoce de sólida evidencia sobre la eficacia de algunas estrategias utilizadas en países desarrollados (CDC;2002), mientras que otras estrategias aún no han sido suficientemente documentadas en cuanto a su eficacia. De todos, modos cuando se decida elegir algunas de estas estrategias, se debe considerar las necesidades de la población, objetivos y condiciones locales, y sobretodo, incluir la perspectiva de inclusión social (discapacidad y poblaciones especiales) y de género. (cuadro 3).

Cuadro 3: Estrategias de intervención

| Intervención | Descripción de la intervención |
|--|---|
| Enfoque informativo | |
| Campañas en toda la comunidad. (Altamente recomendada) | Campañas a gran escala de gran intensidad en toda la comunidad con gran visibilidad. Promoción de mensajes relacionados con la actividad física y |

| | |
|--|--|
| | <p>actividad física adaptada en medios de comunicación locales: televisión, radio, periódicos, anunciadores en cines. Incluye estrategias de autoayuda, asesoría y detección de factores de riesgo, ferias de la salud, adecuación de espacios comunitarios o senderos ecológicos para caminar. Utilización de formas de comunicación alternativa en los medios.</p> |
| <p>Avisos en los puntos de decisión (recomendada)</p> | <p>Carteles motivadores ubicados cerca de ascensores y escaleras mecánicas para incentivar a utilizar las escaleras cercanas y mejorar su salud y adelgazar. Mensajes y medios adaptados para personas en situación de discapacidad.</p> |
| <p>Información sobre la salud en aulas escolares (no hay suficiente evidencia)</p> | <p>Integración del tema de beneficios y modos de actividad física y de las expresiones motrices en contenidos curriculares y eventos extraescolares. Inclusión de mensajes en carteleras y medios de comunicación escolar. Uso de material didáctico y adaptación. Mensajes y medios adaptados para estudiantes en situación de discapacidad.</p> |
| <p>Campañas en medios masivos de comunicación (no hay suficiente evidencia)</p> | <p>Información orientada a afianzar prácticas corporales saludables y conocimientos de la actividad física para la vida. De igual manera, estímulos para la participación de mujeres y personas con discapacidad en actividades físicas y motrices.</p> |
| <p>Enfoque conductual y social</p> | |

| | |
|--|--|
| <p>Programas para cambio de conducta de la salud individualmente adaptados (Altamente recomendada)</p> | <p>Programas creados para motivar el cambio en la persona enseñando habilidades conductuales según los intereses, preferencias y voluntad de cambiar de la persona. Diseñados para ayudar a las audiencias principales a incorporar la actividad física en sus rutinas diarias, enseñándoles pautas de conducta, incluyendo el fijar metas y el autocontrol, crear apoyo social, reforzar la conducta (auto-premiarse, y auto-charla positiva), la solución de barreras y la prevención de reincidencia. Puede darse a grupos, por correo, por teléfono o medios de difusión dirigidos.</p> |
| <p>Educación física (EF) en la escuela (Altamente recomendada)</p> | <p>Programas de estudios y políticas educativas modificadas para aumentar la cantidad de actividad moderada o vigorosa en el tiempo escolar, la cantidad de tiempo en la clase de EF, o la cantidad de tiempo que los alumnos están activos en la clase de EF. Las intervenciones incluyeron cambio en las actividades enseñadas o modificaciones de las reglas de juego para que los alumnos y alumnas sean más activos y activas. Adaptación de juegos, deportes y recreación estudiantes en situación de discapacidad. Programas de educación física y recreación adaptada para estudiantes en aulas de apoyo</p> |
| <p>Intervenciones de apoyo social en lugares en la comunidad (Altamente recomendada)</p> | <p>La atención está en cambiar la conducta de la actividad física a través de la construcción, el fortalecimiento y el mantenimiento de redes sociales que ofrezcan relaciones de apoyo para el cambio del comportamiento. Las estrategias incluyen crear redes sociales nuevas o</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>trabajar dentro de las redes preexistentes en un ambiente social (lugar de trabajo, barrio), estableciendo un sistema de compañerismo, comprometiéndose con otra persona para completar los niveles especificados de actividad física, o estableciendo grupos de caminata u otros grupos de interés</p> |
| <p>Educación física/educación sobre la salud a nivel universitario (no hay suficiente evidencia)</p> | <p>Orientación adecuada para la comprensión del problema del sedentarismo y educación sobre los beneficios de vivir activamente, abordando las nociones de cuerpo-movimiento-actividad física, autoestima y autoimagen, formas de vida y actividad física, actividad física adaptada, acondicionamiento físico, autocuidado, salud y bienestar. Políticas y programas universitarios para crear entornos y estilos de vida saludables, acceso a programas de recreación, deporte, danza, teatro ,etc.</p> |
| <p>Apoyo social basado en la familia (no hay suficiente evidencia)</p> | <p>Programas dirigidos al fomento de la realización de actividad física y vivencias de expresiones motrices en familia, con apoyo educativo y comunicativo. Respaldo de empresas y sectores del estado (salud, bienestar, recreación)</p> |
| Enfoque ambiental y político | |
| <p>Accesibilidad para la actividad física, combinada con actividades de divulgación de información (altamente recomendada)</p> | <p>Se puede crear o mejorar el acceso a lugares para la actividad física construyendo sendas o instalaciones o reduciendo las barreras a tales lugares para la realización de actividad física adaptada. Algunos programas también ofrecen entrenamiento para usar equipos e incentivos (por ej. investigación de los factores de riesgos y asesoramiento u otras</p> |

| | |
|---|---|
| | actividades de educación para la salud). También se incluyen en esta categoría los programas en los lugares de trabajo. |
| Diseño urbano, políticas y prácticas de uso del terreno y del transporte para promover la actividad física. (no hay suficiente evidencia) | Enfoques de planeación urbana-zonificación y uso del terreno para la inclusión de la actividad física en la vida diaria. Cumplimiento de reglas de construcción y de diseño en cuanto a la accesibilidad para toda la población. Mejoras al alumbrado público, la seguridad social y mejoría en la facilidad y seguridad al cruzar las calles y caminar en los andenes, continuidad de las calzadas, y de las alamedas, etc. Ciclovías. |

Adaptado de: CDC-USDHHS (2002)- Guide to Community preventive Services, 2004:

Finalmente, se puede afirmar que la intervención orientada a la promoción de la actividad física y la actividad física adaptada busca promover las capacidades motrices de cada individuo y del colectivo para alcanzar de forma activa la satisfacción de sus necesidades; reducir la probabilidad de adquirir una condición de salud discapacitante y también, disminuir la posibilidad de empeorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Por lo tanto, se deben generar estrategias que permitan desarrollar las habilidades de autorregulación y autocuidado, la construcción de entornos estimulantes y seguros, el fortalecimiento de la capacidad comunitaria y el soporte social, la resignificación de imaginarios culturales que actúan como impedimentos para las prácticas motrices en ciertos grupos poblacionales (mujeres, adolescentes, grupos especiales y discapacitados) y la construcción de políticas participativas, equitativas e incluyentes; en los espacios de la vida familiar, ciudadana, hogar, trabajo, vivienda y en los tiempos de ocio, transporte, laboral y de la vida cotidiana.

Referencias bibliográficas

AGUDELO, Carlos (2004). "Los estilos de vida desde los determinantes de la salud". En: Informe preliminar,

proyecto de investigación sobre “Modelos de movilización social con énfasis en la actividad física y estilos de vida saludables para reducir el sedentarismo en las regiones de Bogotá, D.C., Antioquia y Quindío”. Documento, Bogotá.

BRONFENBRENER, U.(1987): “Los roles como contextos del desarrollo humano”. En: *La ecología del desarrollo humano*. Paidós. Barcelona

CASTRO, Julia (2004): “ Formas expresivas de la motricidad”. En: *Sentidos de la motricidad en la promoción de la salud: percepciones desde las familias en los municipios de Alejandría y Guatapé, Antioquia*. Uribe, I; Gallo, L; Castro, J.; Correa, A.; Gallego, P.; Vélez, F. Editorial Kinesis. Armenia

CASTRO, Marta (2001). “Calidad de vida y promoción de la salud”. En: *Promoción de la salud. Cómo construir vida saludable*. Editorial Médica Panamericana, Bogotá.

CDC-USDHHS (1999). Promoting physical activity. A guide for community action. Human Kinetics, USA.

CDC-USDHHS (2002)- Guide to Community preventive Services: [http: www.thecommunityguide.org](http://www.thecommunityguide.org). Consultado en diciembre de 2004.

GÓMEZ, Fernando y CURCIO, Carmen (2002). *Valoración integral del anciano*. Universidad de Caldas, Manizales.

GUTIERREZ, J., FLOREZ, M., SARMIENTO, J. (2002). Manifiesto de actividad física para Colombia. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, V.10, n.4, octubre, São Paulo..

JACOBY, E., BULL, F. Y NEIMAN;A. (2003). “Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas”. En: Revista Panamericana de Salud Pública 14 (4). USA.

JENSEN, E. (2000) *Learning with the body in mind*. Brain Store. San Diego.

MAX-NEEF, Manfred y otros (2000). *Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro*. Edición Actualizada, CEPAAUR-FFundación Dag Hammarskjold, Upsala (Suecia).

OMS (1986). *Carta de Ottawa*. Documento

PATE, R, Pratt, M., Blair, S., Haskell, W., Macera, C. et al. (1995). "Physical activity and public health". A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. En: JAMA. 1995:273 (5). USA

PRIETO, Adriana (2004). *Movimiento corporal y actividad física*. Documento sin publicar, Bogotá

RAMIREZ, Henry (2002). "Acondicionamiento físico y estilos de vida saludables". En: Colombia Médica, Vol. 33, No.1. Corporación Editora Médica del Valle, Cali..

RESTREPO, H. y MÁLAGA, H. (2001). *Promoción de la salud. Cómo construir vida saludable*. Editorial Médica Panamericana, Bogotá.

ROLDÁN, Ofelia (1997). Conferencia "Educación, desarrollo humano y cultura física". En: *Memoria Encuentro de Coordinadores "CEF"*, Itagüí.

ROSENBERG, Hernán (1994). "El índice de desarrollo humano". En: *Boletín de la oficina sanitaria panamericana*. O.P.S. Vol 117, N°2, Agosto.

SERGIO, Manuel (1999). *Un Corte Epistemológico: De la educación física a la motricidad humana*. Ediciones Instituto Piaget, Lisboa.

WEINSTEIN, Luis (1978). "La salud y el proceso de cambio". En: *Salud y autogestión: la antimedicina a examen*. Editorial Nordan, Montevideo.

OMS (2002) *World health report: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva.