

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA DESARROLLADA EN LA POBLACIÓN Risaraldense 2002

José William Martínez

Centro de Investigaciones Fundación Universitaria del Área Andina

Clemencia Mejía González

Indeportes Risaralda

Jhony Ospina Ospina

Centro de Investigaciones Fundación Universitaria del Área Andina

Resumen

La tasa de muerte por infarto agudo de miocardio, tiene una tendencia ascendente.

Este tipo de patología se ha asociado a hábitos y estilos de vida como la actividad física y sedentarismo.

Se utilizó un cuestionario que evalúa la actividad física, diseñado por Agita Sao Paulo, aplicado a peatones el cual arrojó que el nivel de sedentarismo en Risaralda oscila entre 0 y 52% en cada uno de los municipios.

Palabras clave: *Actividad física y sedentarismo*

Introducción

En junio de 1946 se firma por 51 naciones la Carta Magna que crea la Organización Mundial de la Salud OMS. En esa Carta se define salud “como el estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”. En los últimos treinta años la concepción de salud ha sufrido modificaciones relevantes; desde un enfoque biomédico en el cual se considera salud igual ausencia de dolencias físicas, a un enfoque bio-psico-social, donde la definición de salud comprende un estado de bienestar físico, mental y social, tanto del individuo como de la familia y de la sociedad en su conjunto.

Esta definición encierra el concepto de salud dentro de la idea de bienestar. Es decir, es el nivel de adaptación al medio para vivir sano y feliz.

Los Centros para el Control de Enfermedades CDC de los Estados Unidos han establecido seis categorías de conducta, que contribuyen a causar morbilidad y mortalidad; una de estas conductas es la inactividad física, relacionada con otras y establecidas durante la infancia y juventud.

El plan de desarrollo del departamento de Risaralda ‘*Desarrollo con rostro humano y social en igualdad de oportunidades*’, plantea que se deben fomentar y mejorar los conocimientos en actividad física y salud de los risaraldenses para la prevención, mediante la difusión de hábitos deportivos y actividad física, y se ha definido el proyecto *Risaralda Vive*, como una de las estrategias del plan. Estas estrategias promueven actividades físicas que sistemáticamente la po-

blación debe desarrollar para disminuir la vulnerabilidad a patologías relacionadas con la inactividad física, como el infarto agudo de miocardio, que en Pereira ha tenido el siguiente comportamiento en su mortalidad

Tasa de mortalidad por infarto agudo de miocardio. Pereira 1993-1997

Se observa en esta tendencia que la magnitud del infarto agudo de miocardio es ascendente, especialmente a partir de 1997. En los años 1998 y 1999 en Pereira se reportan respectivamente 46 y 47 defunciones al año por enfermedad cerebro vascular aguda.

Este estudio identifica el nivel de conocimientos y actividad física que tiene la población risaraldense, con el fin de orientar el diseño y la ejecución de las labores consideradas en el proyecto Risaralda Activa.

Materiales y métodos

Diseño muestral

Para el cálculo del tamaño de muestra de los municipios del departamento de Risaralda, exceptuando Pereira y Dosquebradas, se calculó una confianza del 90%; error de muestreo del 9% y al ignorar el nivel de conocimientos y actividad física de la población, se asumió el máximo valor con un 50%.

Los municipios del departamento por fuera de Pereira y Dosquebradas tendrían una muestra de 81, mientras que para Pereira y Dosquebradas el tamaño de la muestra es de 193 para cada uno, con una confianza del 95%.

Técnica de selección de las unidades muestrales

Los encuestadores capacitados entrevistaron a peatones, conservando uniformidad en el tiempo señalado para este objetivo.

Técnicas para la recolección de la información

La información se recolectó con el cuestionario internacional de actividad física IPAC, elaborado por Aita Sao Paulo. Las encuestas diligenciadas se evaluaron en campo por un supervisor quien resolvía dudas; las correctamente diligenciadas son la fuente de información para la creación y alimentación de bases de datos en Epiinfo versión 6.0. La calidad de la base de datos se evalúa al comparar los registros digitados con los diligenciados.

La calificación de la actividad física se agrupó de acuerdo a la técnica de cuartiles: municipios en alto, mediano

y bajo riesgo. La actividad física de los participantes en el estudio se calificó según su frecuencia en las siguientes categorías:

Actividad Moderada: es la actividad que se da 5 veces por semana y 3 o más minutos por día.

Actividad Vigorosa: corresponde a las actividades 3 veces por semana de 20 o más minutos por día.

Resultados

Nivel de actividad física de los risaraldenses

Riesgo de Municipios con Actividad Moderada

El riesgo está definido en la probabilidad de encontrar una persona con actividad física moderada; entre más frecuente es la actividad moderada, más alto es el riesgo.

CAMINA		MODERADA		VIGOROSA		INSUFIENT		SEDENTARIO	
Marsella	3.6	Santuario	3.6	Santuario	3.6	La Virginia	2.4	Quinchía	0.0
Mistrató	4.8	Marsella	6.0	Marsella	6.0	Dosquebradas	4.7	Balboa	6.0
Apía	6.0	P. Rico	10.7	P. Rico	10.7	Belén De Umbría	13.1	Pereira	13.2
Santuario	7.1	Quinchía	10.7	Quinchía	10.7	Guática	14.9	La Celia	14.3
La Celia	10.7	Apía	13.1	Apía	13.1	P. Rico	16.7	La Virginia	22.4
P. Rico	10.7	Belén De Umbría	13.1	Belén De Umbría	13.1	Pereira	21.0	Dosquebradas	25.4
Guática	12.6	Santa Rosa	13.1	Santa Rosa	13.1	Risaralda	25.0	Santa Rosa	26.2
Balboa	16.7	Mistrató	14.3	Mistrató	14.3	Mistrató	28.6	Risaralda	27.1
Santa Rosa	16.7	Risaralda	14.5	Risaralda	14.5	Marsella	29.8	Belén de Umbría	31.0
Risaralda	19.0	Guática	14.9	Guática	14.9	Santa Rosa	31.0	Apía	33.3
Quinchía	21.4	Balboa	15.5	Balboa	15.5	Apía	34.5	Mistrató	38.1
Dosquebradas	28.5	Pereira	16.6	Pereira	16.6	Santuario	38.1	Guática	42.5
Belén de Umbría	29.8	La Celia	17.9	La Celia	17.9	La Celia	39.3	Santuario	47.6
Pereira	32.7	Dosquebradas	20.7	Dosquebradas	20.7	Balboa	46.4	P. Rico	51.2
La Virginia	32.9	La Virginia	21.2	La Virginia	21.2	Quinchía	57.1	Marsella	54.8

Alto Riesgo: Santuario, Marsella, Pueblo Rico.

Mediano Riesgo: Quinchía, Apía, Belén de Umbría, Santa Rosa, Mistrató y Giática.

Riesgo de sedentarismo

Alto Riesgo: Mistrató, Guática, Santuario, Pueblo Rico y Marsella.

Mediano Riesgo: La Celia, La Virginia, Dosquebradas, Santa Rosa, Belén de Umbría, Apía.

Bajo Riesgo: Quinchía, Balboa, Pereira.

CONCLUSIONES-RECOMENDACIONES

- La población que trabaja lo hace intensamente; por ello deben considerarse alianzas con las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, que con otros programas del Estado promuevan la actividad física desde el sitio de trabajo, porque si no, sólo le quedaría al trabajador el fin de semana para desarrollarlas, tiempo que debe compartir con el núcleo familiar y al cual debe vincular a ellas.
- Las personas encuestadas deben ser estimuladas a la actividad física en función de su autoimagen y concepto de bienestar, para que perciban rápidos estímulos que les permita continuarlas.
- Esta población debe ser reafirmada en los logros alcanzados, y sería importante evaluar si es adecuada, para que con actividades vigorosas no se generen riesgos.
- La población desarrolla actividades moderadas frecuentemente por más de una hora, pero carece de información adecuada y suficiente para optimizarlas en la casa o en el trabajo, actividades que deben ser evaluadas para garantizar que no conlleven riesgos.
- Un porcentaje importante de población participa en trabajos voluntarios fuera de casa, lo cual refleja sentimientos de solidaridad y pertenencia de la población. Debe conocerse si este trabajo voluntario es integrado y efectivo.
- El programa 'Risaralda Activa' al desplazar su información para que se acumulen 30 minutos de actividad física, puede tener como objetivo que todos caminen 10 minutos de más y enfatizar que la gente complete un mínimo de tiempo para mejorar su estabilidad cardiovascular.

REFERENCIAS

1. American college of sports medicine. Position stand on exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc.* 1998a; 30:992-1008.
2. American college of sports medicine. Position stand on the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in adults. *Med Sci Sports Exerc.* 1998b; 30:975-991.
3. Andrade E, Matsudo S, Matsudo V, Araujo T. Comparação do nível de aptidão física entre homens e mulheres idosos fisicamente ativos. [resumo]. *Rev. Ed. Fis. Desp.* 1997; 195. [Apresentao ao congresso Mundial de Educação Física AIESEP; 1997 ago 5-8; Rio de Janeiro].
4. Arent S, Landers D, Etnier J. The effects of exercise on mood in older adults. *J Aging Phys Act.* 2000;8:407-430.
5. Astrand PO. 'Why exercise?'. *Med Sci Sports Exerc.* 1992;4:153-62.
6. Baan C, Stolk R, Grobbee D, Wittman J, Feskens E. Physical activity in elderly subjects with impaired glucose tolerance and newly Diagnosed Diabetes Mellitus. *Am J Epidemiol.* 1999;149:219-227.
7. Becerro MJ. Ejercicio, envejecimiento y longevidad. *Arch Med Dep.* 2000; 76:153-167.
8. Bijnen F, Feskens E, Caspersen C, Giampaoli S, Menotti A, Moster W, Kromhout D. Physical Activity and cardiovascular risk factors among elderly men in Finland, Italy and Netherlands. *Am J Epidemiol.* 1996;143:553-561.
9. Blair S, Kohl H, Paffenbarger Jr. R, Clark D, Cooper K, Gibbons LW. Physical fitness and all-cause mortality. *JAMA.* 1989;262:2395-2401.
10. Buskirk ER. Exercise, fitness and aging. In: Bouchard C et al. (eds) *Exercise, fitness and health.* 1 ed. Champaign: Human Kinetics; 1990.p. 678-698.
11. Campos M, Duarte CR. Aptidão física em adultos do sexo feminino na 2ª e 3ª idade. In: *Anais XIV Simposio de Ciencias do esporte; 1986 set 3-6. Sao Caetano do sul, Brasil.* CELAFISCS; 1986.p. 38.
12. Costa H, Matsudo S, Matsudo V, Andrade E. Effect of walking program on physical fitness and glycemic control in patients with diabetes type II [abstract]. *Med Sci Sports Exerc.* 1998;30 (5 supl) 64. [Presented at 45 American College of Sports Medicine Annual Meeting; 1998 Jun 3-6; Orlando (Florida)].
13. Drinkwater B, Horvath S, Wells C. Aerobic power of females, ages 10 to 68. *J Gerontol.* 1975; 30: 385-394.