




E.A.P. ALCALÁ DE GUADAIRA
ÁREA 1 ATENCIÓN PRIMARIA



Comunidad de Madrid



semap

Posibilidades de promoción de actividad física para la mejora de la salud en atención primaria

Diego J. Villalvilla Soria
D. Enfermería y fisioterapia
Atención Primaria Área 1. Madrid.



BERNI
el Oso Deportivo

**Siempre
estoy intentando hacer
aquello que todavía
no puedo**

El Oso Berni es conocido por todos los niños. Berni (que nos ha prestado para la presentación la Fundación Deporte Joven del Consejo Superior de Deportes), tiene buenos propósitos (por ejemplo hacer ejercicio), a casi todos nos pasa. Sin embargo no tenemos los suficientes recursos para superar las dificultades que nos impiden ponerlos en práctica.

Desde Atención Primaria podemos ayudar a Berni y a muchos como él. Para lograrlo debemos cambiar la metodología de trabajo en atención primaria tratando de instaurar dinámicas de trabajo que nos hagan más eficaces en el abordaje del sedentarismo consiguiendo con ello un mayor adhesión de los ciudadanos a la práctica de ejercicio físico.

Desde hace 4 años profesionales de enfermería y fisioterapia trabajamos en un programa de implantación y fomento de la actividad física desde atención primaria.

El programa trata de fomentar el compromiso de los profesionales de atención primaria con las estrategias institucionales de promoción de actividad física, promoción de lactancia materna y alimentación saludable. Uno de los objetivos de nuestra labor es optimizar la labor asistencial en el abordaje de las problemas de salud relacionados con el sedentarismo y obesidad (infantil y adulto), tratando que la misma se desarrolle en base a las mejores evidencias científicas disponibles y que se estimule la implicación en la lucha contra el sedentarismo de los profesionales trabajando en red.

Nuestra estrategia se fundamenta en los siguientes puntos.

- Facilitar el acceso a profesionales a programas de formación en promoción de actividad física y salud y atención a la infancia en atención primaria. Las actividades que se ofertan a profesionales se canalizan a través de los programas de formación de distintas sociedades científicas integradas en la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y se imparten en las gerencias de atención primaria.
- Fomentar las actividades comunitarias de promoción de salud y actividad física en el ámbito de atención primaria. Para ello facilitamos contactos y asesoramiento a través de la Red de Actividades Comunitarias el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Facilitamos ejemplos y modelos de actividades.
- Desarrollar acciones intersectoriales (colaborando con distintas organizaciones con las que compartimos objetivos), campañas de sensibilización y publicaciones que favorezcan una mayor eficiencia en las iniciativas que tienen por objetivo aumentar la adhesión de la población a la práctica de actividad física.
- Fomentar y divulgar la investigación en el ámbito de la promoción de salud y actividad física.
- Proponer y trabajar para incluir y desarrollar de forma correcta en la cartera de servicios de atención primaria los servicios de "atención al sedentarismo", "obesidad infantil", "actividad comunitaria" y "rehabilitación domiciliar" e impulsar la promoción de la actividad física a través de otros servicios ya existentes (educación grupal, promoción de salud en centros educativos y promoción de estilos de vida saludables en distintas etapas vitales). Para lograr una implantación con éxito de los servicios se requiere una adecuación de los recursos humanos, formativos, materiales etc.



El desarrollo de estrategias de ámbito nacional y supranacional es relativamente reciente. Estados Unidos definió una estrategia para mejorar la salud de la población (Healthy People 2000), en la que se incluían 13 objetivos de actividad física. Posteriormente la recomendación del *Informe sobre la salud en el mundo, 2002 (OMS, 2002)* fue determinante al establecer que el aumento de las enfermedades crónicas es el responsable de las dos terceras partes de estas muertes y del 46% de la morbilidad global. Estos porcentajes van en aumento, por lo que si no invertimos esta tendencia, en el año 2020 las enfermedades no transmisibles serán la causa del 73% de las defunciones y del 60% de la carga mundial de enfermedad. De los diez factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Además de la ya mencionada obesidad, se citan el sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y consumo insuficiente de frutas y verduras. La preocupación creciente por este problema hizo que los Estados miembros de la OMS pidieran que se elaborara una estrategia mundial encaminada a combatir la epidemia de obesidad. En respuesta a esta petición, en mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. La meta general de esta estrategia es promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a escala individual, comunitaria, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física.

El objetivo de conocer cómo fomentar la actividad física teniendo como referencia la mejor evidencia posible se planteó en 1975 por el American College of Sports Medicine (ACSM). Fue en esta época cuando se publicó el primer manual con orientación estrictamente sanitaria para la valoración y prescripción de ejercicio físico.

El ejercicio es un autocuidado

programa de salud comunitaria y educación para el desarrollo
sacyed.es Estrategias Multicomponentes
Red de Actividades Comunitarias en Atención Primaria

 <i>personas</i>	 <i>familias</i>	 <i>grupos</i>	 <i>comunidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> + Formación + Actividades Comunitarias + Acciones Intersectoriales + Divulgación e investigación + Mejorar oferta de Cartera de Servicios = > Adhesión al ejercicio físico
 <i>En centros de trabajo</i>	 <i>En centros educativos</i>	 <i>En nuestro tiempo libre</i>	 <i>En nuestro domicilio</i>	

Aunque las primeras ediciones del Manual ACSM para la valoración y prescripción de ejercicio físico se centraron en programas de ejercicio supervisados médicamente, este enfoque ha sido corregido y se ha aumentado sus miras para incluir una perspectiva más amplia de la salud pública aplicada a la actividad física y al ejercicio. La necesidad de programas médicos y científicos, supervisados y dirigidos por personal cualificado, no ha disminuido; sin embargo, está claro que se necesitan enfoques más accesibles a la población y menos sistemáticos que promuevan actividades entre la población sana. La gran mayoría de los adultos físicamente activos no están inscritos en programas de ejercicio estructurados y tampoco necesitan estarlo. El reto es por tanto responder ¿Qué estrategias consiguen una mayor adhesión a la práctica de ejercicio? ¿Cómo aumentar las personas físicamente activas en la población? **La implantación de estrategias de actividad física requiere un enfoque comunitario en la atención a la salud de la población, utilizar una definición amplia de actividad física y contar con la participación de múltiples sectores.**

El ejercicio físico no es una medicina, aunque es deseable el asesoramiento y orientación profesional antes de comenzar a practicarlo. **El ejercicio físico es un autocuidado** que implica la realización de actividad física (movimiento corporal realizado por los músculos esqueléticos que produce un determinado gasto energético), de forma planificada, estructurada y repetitiva planteando como objetivo el mantenimiento o mejora de la forma física y la salud. **Para invertir la tendencia a la inactividad se deben considerar diferentes niveles de actuación (asistencial, docente, gestión e investigación) y ámbitos (educativo, sanitario, laboral, domiciliario, ocio y tiempo libre) con un abordaje multidisciplinar (fisioterapia, especialistas en educación física, enfermería, medicina etc.).**



Intervenciones
Básicas.

Considerar la
rueda del cambio

Intervenciones
Avanzadas

Combinación de
Intervenciones

En Atención Primaria desarrollamos dos tipos de intervenciones: básicas (consejo sanitario y comunicación social) y avanzadas (prescripción ejercicio, planes de cuidados, e intervenciones grupales y comunitarias).

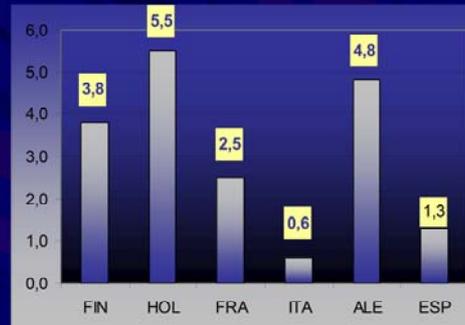
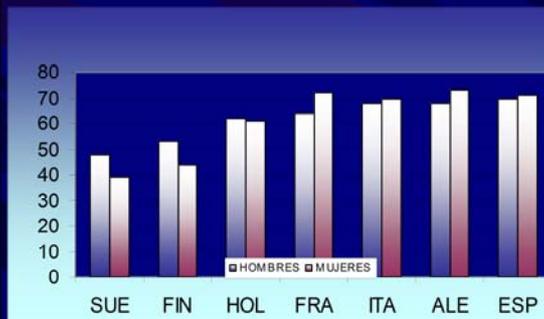
La primera parte la dedicaré a hablar de la intervenciones básicas. La primera y menos eficaz es el consejo sanitario y campañas de sensibilización (marketing social), aunque no hay que despreciarlas ya que consiguen una amplia cobertura en la población.

Para superar la inercia del sedentarismo el modelo teórico de cambios en el estilo de vida de Prochaska y Di Clemente nos sirve para explicar la secuencia que seguimos para pasar a la acción. Por lo tanto el consejo sanitario será útil para tratar que una persona pase de la fase de precontemplación a contemplación, o de contemplación a preparación. Sin embargo será de escasa utilidad en la fase de preparación-acción. En ese caso deberemos realizar una intervención avanzada.

En el consejo breve deberemos de abordar la relevancia, resistencias, riesgos específicos, recompensas, recursos de forma repetida (en el mayor número posible de consultas). En la Comunidad de Madrid recibimos aproximadamente 50 millones de consultas al año en atención primaria. Es decir 8 veces al año, un ciudadano pasa por su centro de salud. Por lo tanto el consejo sanitario junto con campañas de sensibilización (carteles de promoción de actividad física) en las salas son, aunque poco eficaces, las medidas que a mayor porcentaje de población pueden llegar.

La intervención avanzada será la segunda fase de la intervención se centrará en la prescripción de ejercicio físico integrada en planes de cuidados, la intervención familiar, la intervención grupal, la intervención comunitaria y la rehabilitación domiciliaria.

¿SERÍA NECESARIO AUMENTAR LA INVERSIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD?



Prevalencia de sedentarismo en tiempo libre en Europa

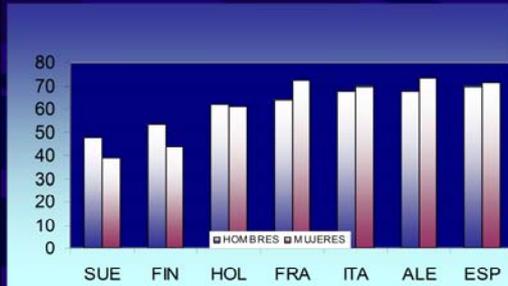
% de gasto sanitario en prevención respecto al gasto sanitario total (2)

Varo JJ, Martínez González MA, de Irala Estévez J, Kearney J, Gibney M, Martínez JA. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology* 2003;32:138-146

(2) FUENTE: OCDE 2006 SALUD Y SISTEMAS SANITARIOS

Según un estudio de la Universidad de Navarra, el 71% de los españoles -68,5% si son hombres y 73,7% si son mujeres- son sedentarios durante su tiempo libre. Los países mediterráneos aparecen como más sedentarios que los del centro y norte de Europa. Suecia, Irlanda y Finlandia se encuentran entre los menos sedentarios. Al observar la gráfica del porcentaje de gasto sanitario destinado a prevención y salud pública se puede deducir que una mayor inversión en promoción de la salud parece ser necesaria para invertir la tendencia al sedentarismo. Sin embargo Alemania no obtiene los mismos resultados. Hay factores contextuales ajenos al ámbito sanitario que parecen influir en el índice del sedentarismo. Por otra parte hay alguna evidencia de que actuando sobre el contexto se consiguen resultados (Gordon, 2004). Las infraestructuras públicas facilitan -o dificultan- la práctica de estilos de vida físicamente activos. Los responsables de las áreas de urbanismo, deporte, educación, cultura, transporte o vivienda tienen más capacidad de promover estilos de vida saludables que las autoridades sanitarias. En cualquier caso, serán necesarios esfuerzos combinados de muchas partes interesadas, públicas y privadas, durante varios años para que España pueda situarse en un nivel similar a los países del centro y el norte de Europa.

Más autocuidado, menos dependencia, más eficiencia



**Prevalencia de sedentarismo
en Europa (1)**



**Nº DE CONSULTAS ANUALES POR
PACIENTE EN EUROPA.**

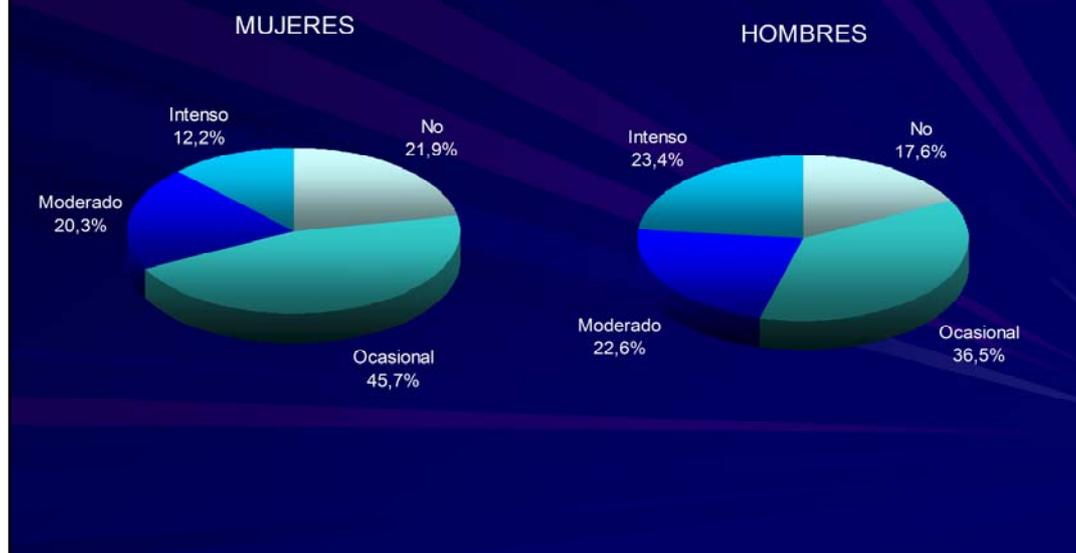
Varo JJ Martínez González MA de Irala Estévez J Kearney J
Gibney M Martínez JA. Distribution and determinants of
sedentary lifestyles in the European Union International
Journal of Epidemiology 2003;32:138-146

(3) Fuente ECO-SALUD OCDE 2004

En nuestro país a pesar de la notable extensión de la Atención Primaria de Salud no se ha avanzado de la igual manera en el avance hacia un modelo de promoción de salud. El número de consultas anuales por paciente en España es superior al del resto de países de nuestro entorno, algo similar ocurre con el consumo de fármacos. Ello nos lleva a pensar que es necesario fomentar el autocuidado en los ciudadanos orientando la Atención Primaria hacia un modelo de promoción de salud. Por lo tanto es urgente poner en marcha medidas que orienten la atención sanitaria a la promoción de salud. La calidad de vida de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema sanitario estará amenazada si no se consigue invertir la tendencia a la “medicalización” de la vida.

	Médica	De promoción de salud
Población diana	Los pacientes.	Toda la población.
Método utilizado	El caso.	La epidemiología.
Objetivo estratégico	La prestación de un servicio.	Elevar el nivel de salud.
Orientación	A la demanda, al enfermo.	A las necesidades de salud.
Cronograma	La atención puntual.	El proceso continuo de promoción de salud.
Diagnóstico utilizado	Sanitario.	Comunitario.
Tipo de abordaje	Médico, individual.	Intersectorial.
Herramientas	El acto médico.	La educación para la salud, la intervención sobre los determinantes.
Educación para la salud	Individual.	Con la participación de la comunidad.
Protagonismo	De los sanitarios.	De la comunidad.
Perspectiva	Sanitaria.	Global, comunitaria.
Soporte científico	La medicina.	Todas las ciencias sociales.

Encuesta Nacional de Salud 2006
ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE
MAYORES DE 16 AÑOS



La Encuesta Nacional de Salud reafirma que el porcentaje de personas que no hacen ningún ejercicio físico en su tiempo libre es alarmantemente alto, con gradiente de sexo, posición socioeconómica y determinadas necesidades.

Precisamente quienes más lo necesitan, menos lo practican, empezando por los obesos. La práctica regular de deporte está concentrada en varones de entorno urbano; de hecho, el porcentaje de varones que realizan una actividad física intensa más de 2 h semanales (23%), duplica al de mujeres (Martínez-Ros, 2003). La Encuesta Nacional de Salud confirma estudios que han obtenido datos individuales, que la inactividad física es más frecuente en mujeres, en personas mayores y en las de posición socioeconómica baja. En el caso de las mujeres mayores de 45 años sería necesario acciones específicas ya que parece existir en este grupo de población una mayor tendencia a la inactividad física.

Estudio enkid y estudio eVe, Práctica de actividad física en España

Característica (25-60 años)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Actividad Física			
Muy baja	18.4	35.5	26.3
Baja	26.5	16.5	21.8
Media	27.6	34.4	30.8
Alta	21.5	10.8	16.5
Muy alta	6.0	2.8	4.6
Práctica deportiva			
No	66.4	77.7	71.8
Si	33.6	22.3	28.2

La infancia y la adolescencia son momentos clave para iniciar el hábito del ejercicio físico. El estudio Enkid realizó un análisis descriptivo de la práctica de actividad física en el tiempo libre y los factores socioeconómicos que influyen en ella en una muestra representativa de la población infantil y juvenil española. El objeto de estudio fueron niños y jóvenes entre 2 a 24 años a los que se administró un cuestionario sobre actividad física y variables socioeconómicas.

Los resultados muestran que alrededor del 70% de los niños y adolescentes españoles no realizan actividad física regular en su tiempo libre, especialmente las chicas. Con la edad, se produce un aumento de la actividad física hasta los 10-13 años, a partir de entonces disminuye su práctica. El nivel socioeconómico y el nivel de estudios de la madre influyen positivamente en el grado de actividad física de la población.

El estudio concluye que el ejercicio físico en el tiempo libre no es un hábito en la mayoría de la población infantil y juvenil española. Las campañas de salud dirigidas a su promoción deben tener en cuenta las variables socioeconómicas que influyen en su práctica y mejorar la disponibilidad de instalaciones deportivas o recreativas de manera que toda la población tenga acceso a ellas.



El Dr. Steve N. Blair (South Caroline University EEUU) es reconocido como uno de los más prestigiosos investigadores en el ámbito de la promoción de la actividad física y salud. Ha orientado su investigación a demostrar que el sedentarismo es un factor de riesgo independiente. Ha impulsado en Estados Unidos el establecimiento de unas dosis mínimas y óptimas que todo individuo debería alcanzar para mantener y/o mejorar su salud. Recientemente el Congreso de los EEUU ha aprobado las Primeras Directrices Nacionales de Actividad Física para la salud (www.health.gov/paguidelines). Estas nuevas recomendaciones y directrices se basan en el Informe 2008 del Comité Asesor sobre las Recomendaciones de Actividad Física, que acaba de ser publicado. El documento identifica los beneficios concretos de la práctica regular de AF para niños y adolescentes, mujeres durante el embarazo y posparto, discapacitados y personas con enfermedades crónicas.

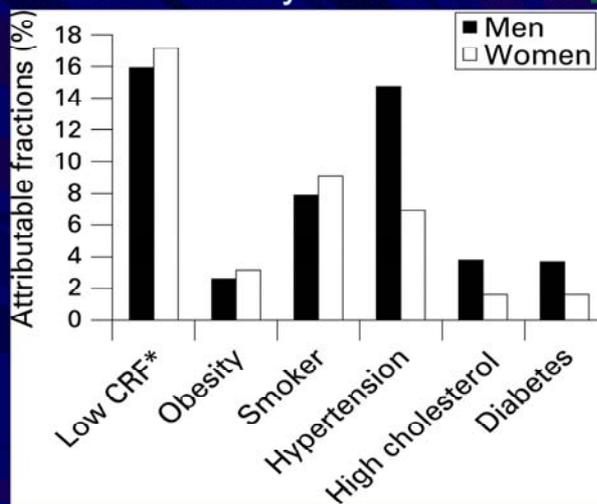
Por su parte la Dra. Ascensión Marcos una de las más reconocidas investigadoras del ámbito de la inmunonutrición propone una mayor orientación comunitaria de las intervenciones implicando a familias, profesorado, profesionales sanitarios, científicos y académicos que sean capaces, no sólo de implicarse en dichas actividades sino también de evaluar las acciones que se van desarrollando.

Los profesionales asistenciales tenemos que trabajar con la mejor evidencia disponible sin dejar de evaluar las intervenciones para establecer objetivos de mejora. En caso contrario nuestra labor no dará resultados, la calidad de vida de los ciudadanos se verá deteriorada por un estilo de vida sedentario y la sostenibilidad del sistema sanitario se verá amenazada. La lucha contra el sedentarismo debe ser una prioridad que desde las sociedades científicas debemos liderar. Debemos actuar de forma coordinada y estrechar los vínculos entre la investigación y la práctica asistencial.

Hasta ahora, los responsables de los grupos de trabajo de promoción de actividad física y salud de distintas sociedades científicas observamos (y coincidimos) que el abordaje ha sido insuficiente en el ámbito sanitario.

Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. Steven N. Blair

BJSM
ONLINE



Br J Sports Med January 2009 vol 43 No 1

Figure 1 Attributable fractions (%) for all-cause deaths in 40 842 (3333 deaths) men and 12 943 (491 deaths) women in the Aerobics Center Longitudinal Study. The attributable fractions are adjusted for age and each other item in the figure. *Cardiorespiratory fitness determined by a maximal exercise test on a treadmill.

Uno de los estudios más recientes y significativos de Steve N. Blair ha constatado la importancia del sedentarismo como factor de riesgo independiente. Tras estudiar el porcentaje de mortalidad atribuible a distintos factores de riesgo (sedentarismo, obesidad, tabaquismo, hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes ajustados por edad en cada uno de ellos), demostró que la mortalidad atribuible al sedentarismo podría ser superior al resto de los factores de riesgo. Según sus estimaciones la mortalidad atribuible al sedentarismo podría ser superior al 16%.

Hasta ahora las estimaciones atribuían al sedentarismo un 7% de mortalidad. Al aplicar los datos a España en la Encuesta Nacional de Salud de 2003 (ese año murieron 384.828 personas) daba una cifra de 27.000 muertes cada año atribuibles al sedentarismo.

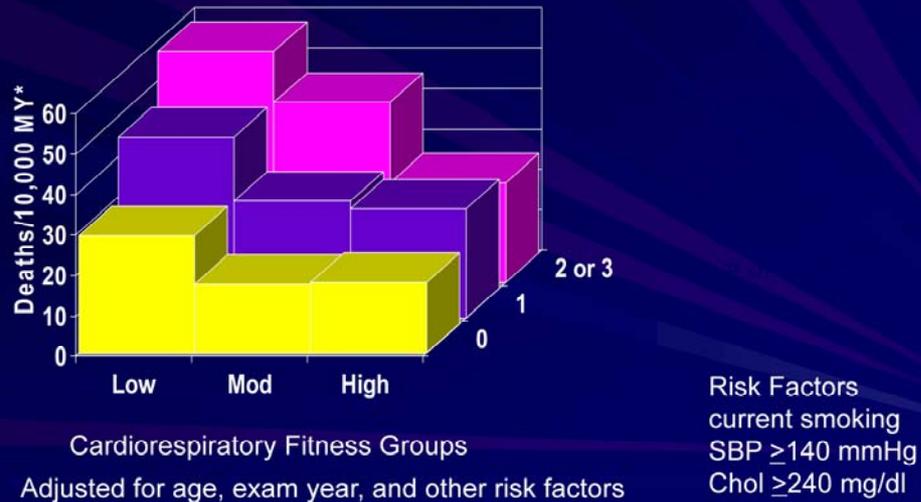
Los cálculos de las Organización Mundial de la Salud para Europa en el informe *La actividad física: un requisito para la salud* (OMS, 2006) atribuye al sedentarismo un 6% de la mortalidad total, lo que implica 600.000 muertes en la Región. Se calcula que el sedentarismo causa el 22% de la cardiopatía isquémica. (OMS, 2002.). Se acumulan evidencias que relacionan el sedentarismo con un exceso de mortalidad relacionado con otras causas distintas a la mortalidad asociada a patología cardiovascular. Este acumulo de evidencias demostrarían el aumento del porcentaje de mortalidad atribuible al estilos de vida sedentario.

Otro estudio de la OMS revela que la falta de ejercicio es responsable del 21,5% de las cardiopatías isquémicas de todo el mundo, el 11% de las isquemias cerebrales, el 14% de los casos de diabetes, el 16% de los de cáncer de colon y el 10% de los de cáncer de mama (Bull, 2004).

RIESGOS, RELEVANCIA, RECOMPENSAS

Cardio respiratory Fitness, Risk Factors and All-Cause Mortality, Men, ACLS

The Aerobics Center Longitudinal Study
Steven N. Blair, Cooper Institute, Dallas, Texas)



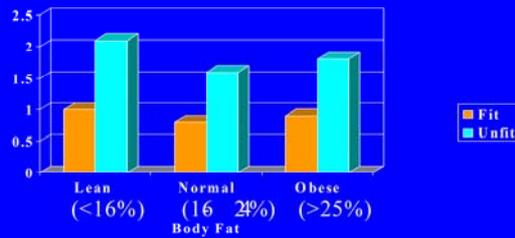
Blair SN et al. *JAMA* 1996; 276:205-10

En otro estudio (Blair, 1996), concluía que un estilo de vida con un nivel de actividad física moderado disminuía el riesgo de mortalidad significativamente. Por el contrario el sedentarismo era el factor de riesgo que más contribuía a aumentar el riesgo de mortalidad.

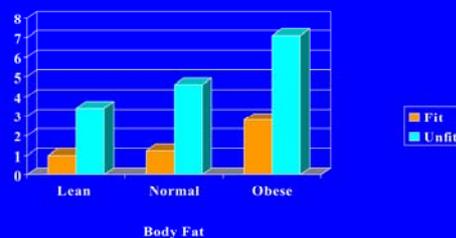
Son muchos los estudios que han llegado a la misma conclusión. En un metaanálisis (un análisis que combina los datos de diversos estudios), realizado para cuantificar la disminución del riesgo asociado a la actividad física, los autores llegaron a la conclusión de que las personas activas tienen un riesgo casi dos veces menor de sufrir o morir de un infarto de miocardio en comparación con una persona sedentaria (Berlin, 1990). En lo que se refiere a los infartos cerebrales, otro meta-análisis demostró una disminución del riesgo del 20% al 40% en las personas activas (Wendel-Vos, 2004). Sin embargo el estudio pionero en este ámbito se realizó en Inglaterra por Jeremy Morris y colaboradores. Ellos observaron que las personas que tenían empleos que implicaban una actividad física, como los revisores de los autobuses, tenían la mitad de enfermedades coronarias que sus colegas con tareas más sedentarias, como los conductores (Morris, 1953).

RIESGOS, RELEVANCIA, RECOMPENSAS

Adjusted RR for All-Cause Mortality by Fitness and % Body Fat



Adjusted RR for CVD Mortality by Fitness and % Body Fat



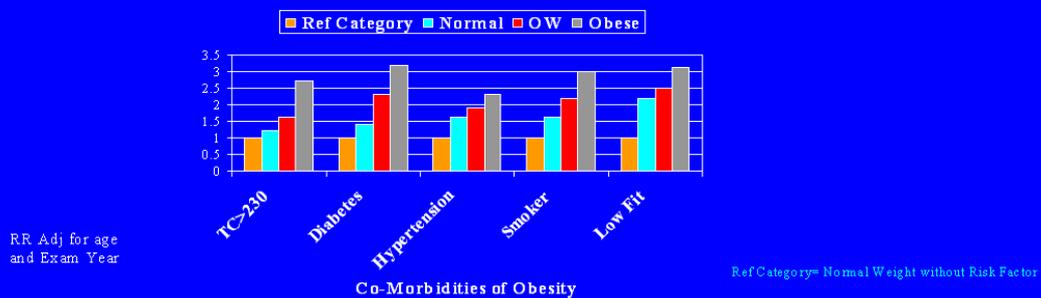
Adj.RR*
for age, exam year,
smoking, alcohol,
and family history

Lee CD et al. Am J Clin Nutr, 1999

La Dra. I-Min Lee profesora asociada de Harvard Medical School centra sus investigaciones en el rol de la actividad física en la promoción de la salud y en el aumento de la esperanza de vida. Apreciamos que diversos estudios reconocen el sedentarismo como un factor de riesgo independiente que debe tener la misma consideración que el resto de factores de riesgo (diabetes, hipertensión, tabaquismo etc.).

RIESGOS, RELEVANCIA, RECOMPENSAS

RR of All Cause Death by BMI Categories for Selected Mortality Predictors

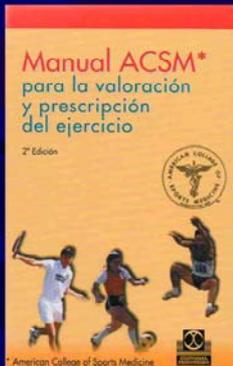


Population Attributable Risk (PAR) for CVD and All Cause Mortality in 3293 Obese Men, ACLS

Co-Morbidity	# at Risk	RR of CVD	PAR % CVD	RR of Death	PAR % Death
Baseline CVD	543	5.8	51	2.4	27
Diabetes	331	1.9	15	1.5	9
High Cholesterol	961	2.1	26	1.7	18
Hypertension	1370	1.4	15	1.1	4
Smoking	670	1.3	6	1.5	9
Low Fit	1674	2.0	39	2.3	44

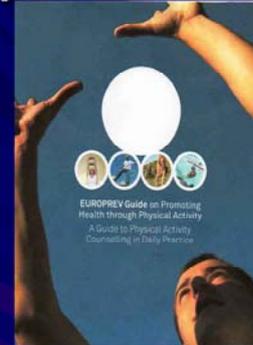
Wei et al. JAMA, 1999;282:1547

RELEVANCIA ¿Es una prioridad en Atención Primaria?



El 78% de los profesionales de atención primaria carecen de una guía sobre actividad física.

(Europrev-Wonca Europe, 2006)



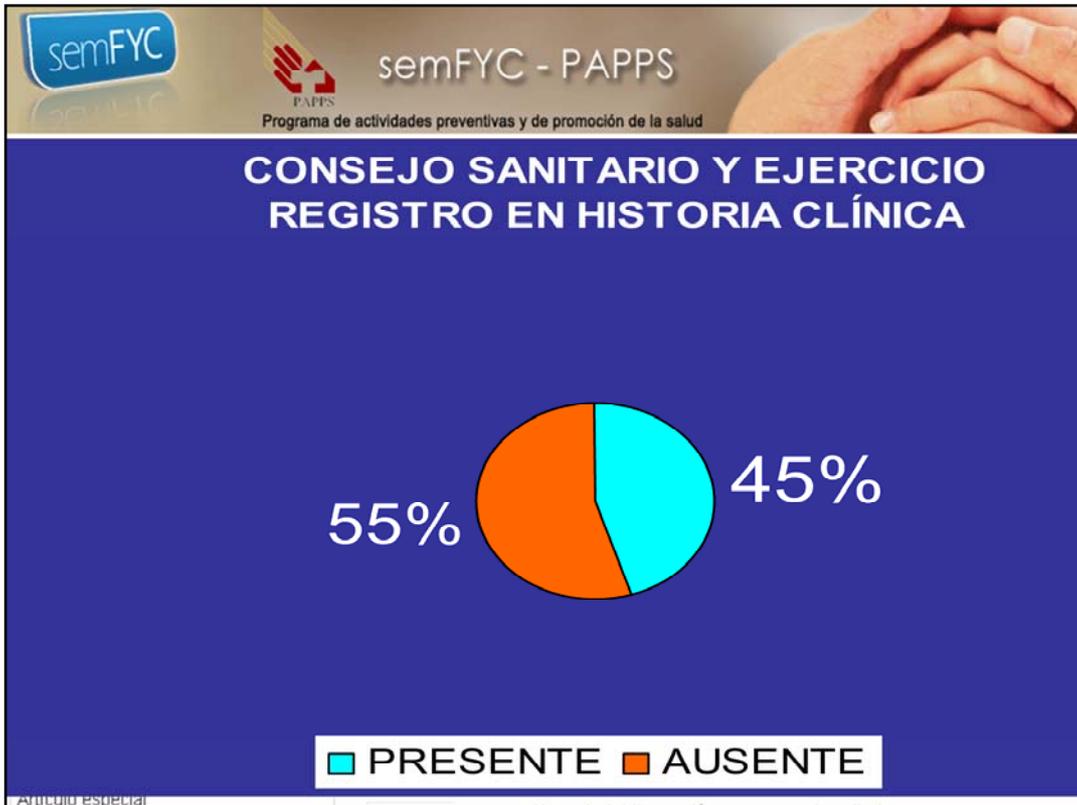
“Llevar un estilo de vida activo o sedentario depende del país en el que viva la persona y de la guía deportiva que siga”

Thompson D, Batterham AM, Markovitch D, Dixon NC, Lund AJS, et al. (2009) 'Confusion and Conflict in Assessing the Physical Activity Status of Middle-Aged Men' is published online in PLoS ONE 4(2):e4337.

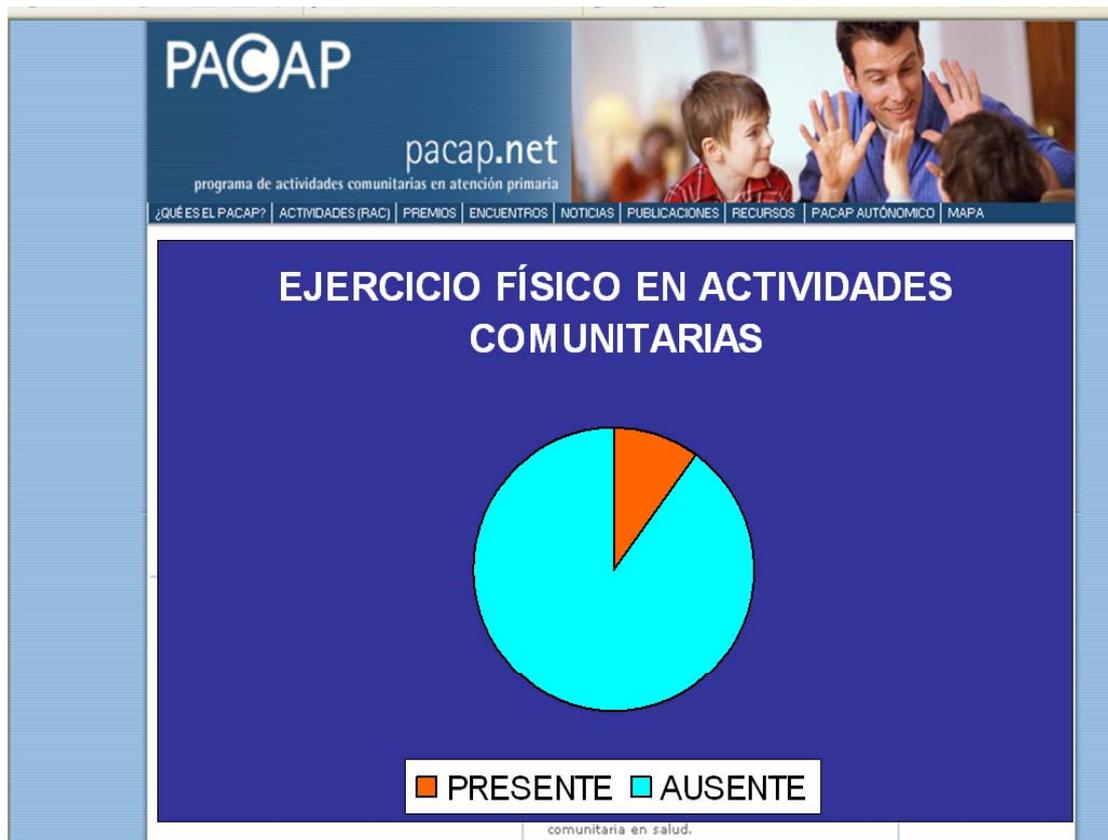
Los expertos concluyen que es importante disponer de guías y además es necesario estandarizar los datos para que los consejos sean efectivos.

El 98 por ciento de los médicos de familia europeos afirman que es muy importante dar consejos sobre la actividad física para prevenir enfermedades según una encuesta realizada por la Red Europea para la Prevención y la Promoción de la Salud en Medicina de Familia y General (Europrevev, 2006), con el fin de conocer la frecuencia y valor de las recomendaciones sobre actividad física en Atención Primaria. Sin embargo el 78,2% por ciento no se basa en ninguna guía práctica para dar su consejo, y ha de recurrir a su experiencia personal, conocimientos propios, lecturas y recomendaciones de expertos. El mismo análisis destaca que en su mayoría los médicos acuden a recomendaciones estadounidenses y muy pocas de Europa”. Aunque ya existe una guía para Europa es muy poco conocida.

Por otra parte una investigación realizada por científicos de la Universidad de Bath, en el Reino Unido, afirma que llevar un estilo de vida activo o sedentario depende del país en el que viva la persona, y de la guía deportiva que siga. En el estudio (Tompson,2009), ha explicado que las guías son necesarias. Sin embargo, la información que ofrecen varía dependiendo del país. “En el Reino Unido, por ejemplo, recomiendan que los adultos realicen al menos 30 minutos al día de actividad física moderada, en periodos de 10 minutos, cinco días a la semana”, mientras que en “Estados Unidos las guías aconsejan 60 minutos al día, incluyendo cualquier actividad física que realicen en su rutina diaria”. Mientras que en Estados Unidos andar dos horas a la semana combinándolo con un poco de actividad física más intensa a la semana es suficiente, en el Reino Unido se recomienda más tiempo e intensidad.



El análisis del registro del consejo sanitario en las historias clínica (SEMFyC, 2003), demuestra que el consejo sanitario no estaba presente en un 55% de las historias. El 90% de las actividades comunitarias registradas en el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria no hace ninguna referencia al ejercicio físico.



Posibles Intervenciones Avanzadas en Atención Primaria

			
<i>personas</i>	<i>familias</i>	<i>grupos</i>	<i>comunidad</i>
			
<i>En centros de trabajo</i>	<i>En centros educativos</i>	<i>En nuestro tiempo libre</i>	<i>En nuestro domicilio</i>

¿Qué intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible son posibles?

¿Hasta qué punto no te mueves del sillón porque tú eres así, o porque vives en un entorno poco propicio al deporte? O dando la vuelta a la cuestión, ¿hasta qué punto las intervenciones que cambian las condiciones del entorno son efectivas para mover a las personas? Las correlaciones intragrupo –que expresan similitudes en los hábitos de vida de los residentes de un área– son consecuencia de tres posibles motivos: *a)* porque los vecinos comparten influencias contextuales directas (precios de los gimnasios, regulación, espacios al aire libre para el deporte); *b)* como resultado de la interacción social (liderazgo, efecto emulación, influencias de los amigos y vecinos), y *c)* por efectos composicionales (p. ej., los surfers se mudan a California). Estimar los efectos contextuales depurando los otros dos elementos (efecto composicional e interacción social) es un reto estadístico que todavía no está bien resuelto (González, 2005).

En los últimos años los modelos multinivel se están aplicando en sanidad (Catalán-Reyes, 2003), porque las variables de respuesta individual –referidas a la salud, la conducta de los ciudadanos o la atención prestada por los médicos– suelen tener causas contextuales, y no sólo motivaciones individuales (Fusté, 2001). Por lo tanto parece razonable desarrollar un modelo de intervención avanzada orientada a modificar tanto los determinantes contextuales los factores individuales. Para ello es necesario la intervención comunitaria y la acción intersectorial.

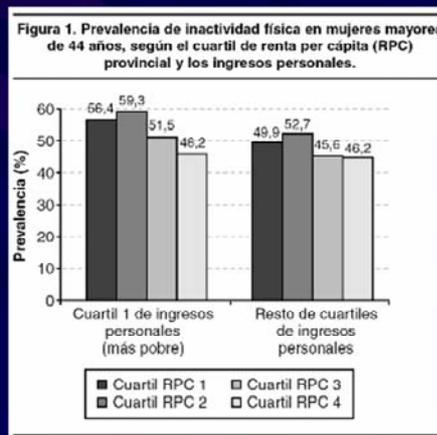


Por lo tanto una atención individual reforzada con una intervención comunitaria parece ser la estrategia a seguir. Deberá ser una estrategia intersectorial. Se deberán evaluar las intervenciones para establecer recomendaciones que contemplen la relación coste-eficacia, algo todavía no resuelto. Es por tanto necesario evaluar las intervenciones con análisis a niveles múltiples (análisis multinivel), teniendo en cuenta lo esencial de estos modelos es que su error aleatorio incluye un término que refleja las influencias que ejerce el contexto en la persona. Los habitantes de un área comparten esas influencias, y el modelo detecta su correlación intragrupo. El error deja de ser ruido para convertirse en una información valiosísima sobre la capacidad del contexto para influir en las personas, lo cual tiene una plasmación inmediata en las políticas, porque los modelos multinivel permiten repartir la responsabilidad del fenómeno entre la parte imputable a la persona y la que corresponde al contexto.

Según un estudio multinivel, realizado en Suecia, los factores individuales condicionan y «explican» la prevalencia de inactividad mucho más que los factores del entorno (Lindstrom, 2003). En relación con la actividad física, se ha sugerido que las diferencias entre las áreas en el medio ambiente físico, en la disponibilidad y la calidad de los espacios públicos y en las infraestructuras recreativas pueden facilitar la realización de alguna actividad física. Igualmente, se ha señalado que la percepción de seguridad en un área puede afectar a la realización de actividad (Diez Roux, 2001, Rutten, 2001, Bauman, 1999, CDC, 1999). En España un estudio del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Complutense (Pascual, 2005), estudió la relación entre el bienestar material de la provincia y la inactividad física. Los resultados del estudio sugieren que en las mujeres mayores de 45 años la inactividad física podría estar relacionada no sólo con las características individuales, sino también con el contexto socioeconómico del área de residencia.

Bienestar material e inactividad física

En las mujeres mayores de 45 años la inactividad física podría estar relacionada no sólo con las características individuales, sino también con el contexto socioeconómico del área de residencia.



Pascual Cruz, Regidor Enrique, Gutiérrez-Fisac Juan L., Martínez David, Calle María E., Domínguez Vicente. Bienestar material de la provincia de residencia e inactividad física. Gac Sanit. [periódico en la Internet]. 2005 Dic [citado 2009 Mar 01]; 19(6): 424-432. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000600002&lng=es&nrm=iso.

En las mujeres, se detectó una interacción ($p < 0,05$), entre la renta per cápita de la provincia de residencia y los ingresos personales en el grupo de sujetos ≥ 45 años de edad. Esa interacción se debió a que la asociación entre renta per cápita e inactividad física fue mayor en el cuartil de ingresos personales más bajos que en el conjunto de los otros tres cuartiles de ingresos personales. Las OR ajustadas por edad y por el resto de variables de confusión en los cuartiles 3, 2 y 1 de renta per cápita fueron 1,51, 2,28 y 1,87 en las mujeres con ingresos personales más bajos frente a 1,25, 1,61 y 1,47, respectivamente, en el resto de las mujeres.

Principales hallazgos

La asociación esperada entre el bienestar material de la provincia de residencia, medido a través de la renta per cápita, y la inactividad física sólo se encontró en los individuos mayores de 44 años. No obstante, la OR ajustada por edad de mayor magnitud se encontró en el cuartil 2 de renta per cápita, ya que no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el cuartil 4 (más rico) y el cuartil 1 (más pobre). Al ajustar por las características socioeconómicas y otras variables individuales, esa asociación persistió en las mujeres, si bien las OR disminuyeron su magnitud, y desapareció en los varones. En las mujeres de este grupo de edad, la asociación de la renta per cápita de la provincia de residencia con la inactividad física fue mayor en el grupo de ingresos personales más bajos. Esta modificación del efecto de la renta per cápita según los ingresos personales no se observó en los varones.

Del consejo breve a la prescripción de ejercicio estructurada

No se ha podido demostrar la efectividad del consejo breve sin embargo existen ensayos clínicos aleatorios que presentan resultados positivos a largo plazo con una prescripción de ejercicio físico bien estructurada y programada

- Steptoe A et al. BMJ 1999;319(7215):943-7
- Kerse NM et al. BMJ 1999;319(7211):683-7
- Halbert JA et al. Med J Aust 2000;173(2):84-7
- Petrella RJ et al. AM J. Prev Med 2003; 24(4):316-22
- Elley CR et al. BMJ 2003;326(7393):793

Estudio PEPAF

Programa Experimental de Promoción de Actividad Física.
Grupo de Actividad Física y Salud. SEMFyC



La más reciente revisión de Cochrane Library ((Hillsdon, 2008), halló que el asesoramiento profesional y la orientación, junto con el apoyo constante, pueden incentivar a las personas mayores de 16 años a ser más activos físicamente.

El consejo breve, aunque es necesario ya que llega a mucha población, no es tan eficaz como una prescripción de ejercicio físico programada.

Sin embargo, la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión, no duró más de un año. No hubo un aumento de los eventos cardíacos o lesiones relacionadas con el ejercicio entre los que se volvieron físicamente activos, en comparación con aquellos que permanecieron sedentarios. Se necesitan más investigaciones para establecer qué métodos de promoción de ejercicios funcionan mejor a largo plazo, para incentivar a diferentes tipos de personas a ser más activos físicamente (Hillsdon, 2008). Sin embargo los estudios que analizaremos (Elley, 2003), y el Programa Experimental de Promoción de Actividad Física impulsado por el Grupo de Actividad Física y Salud de SEMFyC estiman que una prescripción realizada por profesionales adiestrados que realicen la intervención de forma programada con un esquema estructurado y personalizado según los requisitos del paciente podría dar buenos resultados (índice de adhesión entre el 14 y el 29%).

Antes de empezar la prescripción es importante el conocimiento de la historia de actividad inactividad, con sus periodos activos, su abandonos y las circunstancias relacionadas con ambos, puede proporcionar una información muy valiosa para el diseño eficaz de la intervención y la anticipación de posibles dificultades. Hay que contemplar cuestiones como: ¿ha realizado alguna vez ejercicio físico con regularidad? ¿cuándo? ¿dónde? ¿qué tipo de ejercicio? ¿durante cuanto tiempo? ¿qué situaciones antecedentes y estímulos consecuentes pueden identificarse en relación con estos periodos activos? ¿Han habido nuevos intentos? ¿con qué resultados? ¿qué razones provocaron los nuevos abandonos?

Características de la prescripción eficaz

1) ENTRENAMIENTO INTENSIVO EN PRESCRIPCIÓN EFICAZ

- a) Formación metodológica en promoción de salud (entrevista motivacional, consejo sanitario, habilidades de comunicación, técnicas de educación para la salud...).
- b) Formación científico-técnica en aplicaciones clínicas del ejercicio físico y mejorar el acceso a guías de práctica clínica.

2) PRESCRIBIR EN CONSULTA PROGRAMADA A PERSONAS MOTIVADAS. (Establecer "FITT" frecuencia, intensidad, tiempo y tipo de ejercicio).

3) NEGOCIACIÓN DE METAS A CORTO PLAZO Y OBJETIVOS A LARGO PLAZO.

4) REPETICIÓN Y REFUERZO de la prescripción por distintas vías (teléfono, nuevas consultas, materiales de recuerdo motivacional...)

5) MENSAJE ORAL, ESCRITO Y HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS.

Si nunca ha realizado ejercicio con una mínima regularidad, ¿por qué ha sido? ¿lo ha intentado alguna vez? ¿qué tipo de actividad? ¿en presencia de qué circunstancias antecedentes? ¿qué estímulos consecuentes pueden asociarse a estas experiencias de fracaso? Para finalizar se puede preguntar por qué cree que no hace ejercicio con regularidad, y qué circunstancias específicas cree que le ayudarían a hacerlo. En relación con la actividad cotidiana nos interesa saber: ¿qué distancia hay desde su casa al lugar de trabajo? ¿cómo se desplaza? ¿sería viable que lo hiciese andando? ¿existe alguna dificultad que se pueda superar?, si fuera viable, ¿estaría dispuesto a hacer ese desplazamiento andando?, etc.

Para analizar los datos de actividad física recomendamos un instrumento como el 7-Day-Recall (Blair 1984), una hoja de registro en la que el cliente debe anotar, retrospectivamente, el tipo de actividad desarrollada durante la última semana con el fin de calcular el gasto producido (Blair recomienda analizar por separado los cinco días laborables de los dos del fin de semana). De esta forma, se puede tener un conocimiento aproximado de la calorías consumidas durante toda la semana como consecuencia de la actividad física (o mejor aún, durante los días laborables por un lado y el fin de semana por otro). A partir de esta información se podía plantear: ¿en qué medida aumentaría el consumo de kilocalorías del cliente si se produjeran cambios vitales en su actividad física cotidiana (sin contar el ejercicio físico)? ¿qué gasto diario en kilocalorías sería el más apropiado? ¿qué aportación debería hacer la práctica de ejercicio físico para conseguir el gasto apropiado?

La prescripción final de ejercicio deberá darse por escrito especificando duración, frecuencia, intensidad de la actividad, progresión hasta alcanzar la dosis necesaria, síntomas de alerta que deben obligar a suspender el ejercicio e información sobre los servicios sanitarios deportivos que puedan completar el estudio para realizar el ejercicio con más seguridad.

¿QUIÉN ME PUEDE AYUDAR?



Muchas personas quieren y no pueden adherirse a la práctica de ejercicio...

Los planes de cuidados que incluyan intervenciones de prescripción de ejercicio deben dirigirse a personas en fase de preparación (motivadas) para ayudarlas a pasar a la acción



... parece algo fuera de su alcance.

¿Quién se puede beneficiar de un plan de cuidados?

La mayoría de las personas según los estudios no practican ejercicio físico con asiduidad. Muchas de ellas recibirán un consejo sanitario para la práctica de ejercicio y no servirá para aumentar su interés, en cuyo caso poco se puede hacer, salvo intentar llamar su atención a través de programas de sensibilización, campañas de publicidad, escritos, programas de radio, televisión, etc. Por lo tanto la posibilidad de modificar el estilo de vida dependerá de la interacción de una serie de intervenciones complementarias.

El principal problema radica en otras muchas personas que queriendo hacer ejercicio “nunca encuentran el momento para empezar” o, más relevante aún, comienzan a practicar ejercicio y no logran consolidar el hábito y tarde o temprano lo abandonan.

Algunas de estas personas son pacientes cardíacos a los que se recomienda el ejercicio para prevenir un segundo ataque; personas con un sobrepeso de riesgo o poco estético que quieren reducir su obesidad; pacientes diabéticos; pacientes depresivos a los que el psiquiatra aconseja el ejercicio físico como un componente más de su tratamiento, personas que se encuentran mal, “pesadas”, que se cansan mucho, y pretenden aliviar esta situación haciendo ejercicio; personas que sufren dolor por fibromialgia, artrosis u osteoporosis o personas con muchos problemas cotidianos que sufren una gran tensión y creen que podrían beneficiarse haciendo ejercicio, etc.; es decir, personas, todas ellas, con una fuerte motivación inicial por el ejercicio y que, a pesar de ello, no consiguen realizarlo con asiduidad.

En ese contexto se pretende establecer una estrategia, plan de cuidados, que contribuya a eliminar una conducta habitual difícil de eliminar y sustituirla por otra difícil de consolidar.

¿Qué personas se benefician de un plan de cuidados en enfermería comunitaria? (



El único diagnóstico de enfermería validado por NANDA procedente de una enfermera no estado unidense es SEDENTARISMO validado por el español Josep Adolf Guirao Goris

Modelo de Enfermería de D. Orem

1. Debe haber alguna demanda de autocuidado (universal, de desarrollo o desviación de la salud).
2. Debe haber algún deseo del individuo de llegar a cuidarse a sí mismo asumiendo su propio autocuidado.
3. Debe existir un déficit de relación entre las demanda de autocuidado de la persona y su capacidad para satisfacerlas. ¿Existe déficit de autocuidado?



diagnóstico de enfermería:

sedentarismo

Asociación Española de Nomenclatura

Y Taxonomía Enfermera www.aentde.com

¿La relación de ayuda terapeuta – paciente es efectiva?

En una amplia revisión de 56 estudios que emplearon técnicas de modificación de conducta para consolidar la práctica de ejercicio físico como hábito saludable (Dishman, 1991), se encontró que en general estas estrategias resultan muy útiles para incrementar y mantener la adherencia a la práctica. En primer lugar la enfermera/o, médica/o o fisioterapeuta debe considerar, en primer lugar, que se encuentra ante personas que por iniciativa propia pretenden una conducta generadora de salud (el ejercicio es un autocuidado). Que desea habituarse a una nueva conducta, realizar ejercicio con regularidad, y por tanto, debe explorar y valorar todas las circunstancias personales y ambientales que pueden influir, positiva o negativamente, en la adquisición y el posterior mantenimiento del hábito deseado. En segundo lugar, debe tener en cuenta que necesita saber el nivel de sedentarismo y de sus consecuencias desde el que se parte, con el fin de poder evaluar el progreso durante el tratamiento y en los seguimientos que posteriormente pueden realizarse. En tercer lugar, debe considerar la importancia de desarrollar un sistema de evaluación que permita que al paciente y terapeuta evalúen lo mismo y puedan comunicarse correctamente mediante un procedimiento fiable de intercambio de datos entre ambos (autoinformes). En cuarto lugar, debe tener presente la importancia terapéutica de la autoevaluación del proceso y el progreso de la intervención. La adquisición del compromiso, el incremento de la motivación, la fuerza de voluntad, el desarrollo de la percepción de control y el fortalecimiento de la autoeficacia. El profesional sanitario debe seleccionar procedimiento de autoevaluación (por ejemplo autoregistros), que sean sencillos y relevantes, teniendo en cuenta su viabilidad y la probabilidad de que sean empleados por la persona que nos solicita ayuda; además debe dedicar el tiempo necesario para que utilice con rigor y eficacia los instrumentos correspondientes. En quinto lugar, el terapeuta debe tener en cuenta que el proceso de evaluación debe contribuir a fortalecer, y no a dificultar, la relación de ayuda con el paciente y la motivación de éste por el tratamiento.

Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial



El consejo sobre ejercicio físico realizado por los profesionales de atención primaria a personas poco activas aumenta la actividad física y mejora la calidad de vida



En menos casos de los que nos gustaría

Elley CR et Al.. BMJ 2003;326:793-8.

El objetivo de este ensayo clínico controlado aleatorio era evaluar la efectividad del consejo sobre la actividad física (AF) realizado en la consulta de atención primaria, en el aumento de ejercicio físico, la mejora de la calidad de vida, el riesgo cardiovascular y la presión arterial. El estudio se realizó en 42 centros de atención primaria, urbanos y rurales, de la región centro y este de Nueva Zelanda.

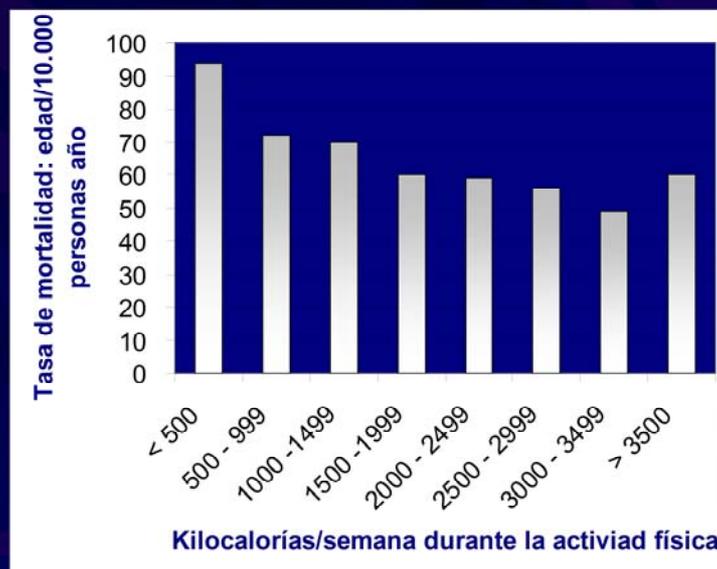
Médicos, enfermeras y especialistas en ejercicio recibieron entrenamiento en entrevista motivacional para realizar el consejo. El grupo de intervención recibió consejo oral y escrito sobre la AF. Durante la consulta habitual el médico de familia o la enfermera negociaban las metas con cada participante. Además se realizaron llamadas de refuerzo mediante tres o más llamadas de teléfono de los especialistas en ejercicio y se enviaron materiales de recuerdo motivacional. El grupo de control recibió los cuidados habituales.

La valoración del ejercicio físico se obtuvo mediante el cuestionario autocumplimentado de Auckland, que contempla: duración, frecuencia e intensidad de la actividad física durante el tiempo libre, ocupacional, doméstica y de los desplazamientos. La calidad de vida se midió mediante la versión corta del SF-36. Para el riesgo cardiovascular se aplicó la ecuación de Framingham y D'Agostino. También se midieron los efectos adversos del ejercicio. Los análisis se llevaron a cabo por intención de tratar.

Los participantes que declararon realizar más de 2,5 h/semana de ejercicio en el tiempo libre aumentaron un 14,6% en el grupo intervención y un 4,9% en el control ($p = 0,03$; número de pacientes que es necesario tratar [NNT] = 10,3). En la CV mejoró significativamente la salud general (4,5 puntos), la vitalidad (2,3 puntos), el dolor (4 puntos) y la función física (7,2 puntos; $p < 0,05$). Se observó un descenso de 2 mmHg en la PA no significativo, y el RCV no se modificó. No se observaron diferencias entre los dos grupos en caídas, lesiones e ingresos hospitalarios.

Conclusión. El consejo sobre la AF basado en la entrevista motivacional y realizado en la consulta habitual de AP es efectivo en el aumento de la AF y la mejora de la CV a los 12 meses, sin evidencia de efectos adversos.

RECOMPENSAS ¿CUÁNTO?



Paffenbarger R. et Al. Physical activity, all cause mortality, and longevity of college alumni. N. Engl. J. Med., 282: 1109-14, 1970

Desde un análisis específico del exceso de mortalidad al sedentarismo podemos hablar de numerosas patologías (cardiovascular, cáncer, diabetes, patologías osteoarticular etc.). Presentaremos estudios que engloban toda la mortalidad atribuible al sedentarismo en relación a la “dosis “ de ejercicio practicado.

En Estados Unidos, el Profesor Ralph Paffenbarger y sus colegas empezaron a realizar varios estudios en la década de los 60 en los que se evidenció que la actividad física estaba relacionada con la disminución de la incidencia de enfermedades coronarias (Paffenbarger, 1978). En el gráfico se muestra otro estudio prospectivo llevado a cabo a lo largo de 10 años entre más de 16.000 antiguos estudiantes de Harvard que demostró una relación evidente entre el número de infartos de miocardio y el gasto energético realizado por semana. En ese momento se comienza a hablar del gasto semanal acumulado necesario para reducir el riesgo de mortalidad. Se muestra como el riesgo aumenta significativamente cuando el gasto semanal es inferior a 500 kilocalorías/semana. Y se comienza a indicar que 2000 kilocalorías/ semana sería un gasto adecuado para obtener un protección óptima de la salud con el ejercicio.

Los estudios en el Harvard Alumni Health Study han continuado analizando las relaciones entre la actividad física y el riesgo de desarrollar diversos tipos de cáncer, incluido el de colon. En un estudio realizado con más de 17.000 hombres sanos de edades comprendidas entre los 30 y los 79 años, se valoró el ejercicio según tres categorías: < 1000 Kcal (correspondientes a 30 minutos/ día recomendados de ejercicio), 1000-2500 Kcal, y > 2500 kcal. Se observó que los hombres que gastaban entre 1000 y 2500 Kcal/semana presentaban la mitad de casos de cáncer de colon que los hombres sedentarios que solían gastar menos de 1000 Kcal/semana. En los niveles más altos de gasto energético (> 2500 Kcal/semana), la incidencia era también aproximadamente la mitad que en el grupo de < 1000 Kcal/semana (Lee, 1991).

RECOMPENSAS ¿CUÁNTO?

"Realizar 30 minutos de actividad física de, al menos, intensidad moderada durante 5 o más días a la semana en adultos y 60 minutos en niños a diario".



Paffenbarger y cols. N.Eng.J.Med. 1986 .

" Physical activity and mortality risk in college allumni"

Hay un consenso internacional en algunos aspectos entre los expertos acerca de cuánta actividad física se tiene que practicar para obtener beneficios para la salud (Department of Health London, 2004, US.Department of Health and Human Services, 1996.) .Este consenso identifica que esta cantidad de actividad física es la que suma un gasto calórico diario mínimo de 150 kcal o un gasto calórico semanal mínimo de 1.000 kcal, lo que equivale a "realizar 30 minutos de actividad física de, al menos, intensidad moderada durante 5 o más días a la semana".

Esta recomendación es válida para adultos y personas mayores de 65 años, pero no lo es para niños y adolescentes (McKenna, 2003, Department of Health London, 2004).

Algunas guías basadas en estudios recientes indican que puede ser beneficioso y accesible dividir los 30 minutos mínimos de sesión en 3 o 4 partes de entre 8 y 10 minutos cada una, siempre y cuando el nivel de intensidad de las distintas partes sea el mismo. Son de evitar, sin embargo, las sesiones poco frecuentes y muy intensas ya que los beneficios para la salud dependen fundamentalmente de la cantidad total de ejercicio moderado realizado, y no tanto de la intensidad con la que se realiza. Ante de empezar una sesión aeróbica reduce los riesgos 5 y 10 minutos de estiramientos y movimientos suaves a modo de calentamiento.

Las actividades de entrenamiento con fuerza, como los ejercicios con gomas o pesas, son importantes para fortalecer los músculos y los huesos. El entrenamiento de fuerza (o entrenamiento contra resistencia) previene la osteoporosis. Además una persona de 30 años habrá perdido el 25% de su masa muscular antes de llegar a los 70 años y otro 25% más al llegar a los 90. El lado positivo es que alguien que empieza un entrenamiento de fuerza puede aumentarla entre un 30 y un 70% en unos meses (Harvard Medical School. 2004) .

Cálculo de gasto calórico en tiempo libre

GASTO CALORICO EN EL TIEMPO LIBRE

ACTIVIDAD: OCIO	Kcal/h/kg	ACTIVIDAD: EJERCICIO	Kcal/h/kg
Baile de salón	3,5	Bicicleta (16km/h)	5,9
Baile moderno	5,7	Carrera (10km/h)	9,2
Fútbol	8,3	Salto a la comba	8,4
Buceo	8,4	Natación (libre lento)	7,7
Tenis (individual)	6,4	Caminar (3-4 km/h)	3,5
Tenis (dobles)	3,9	Caminar (6km/h)	5,3

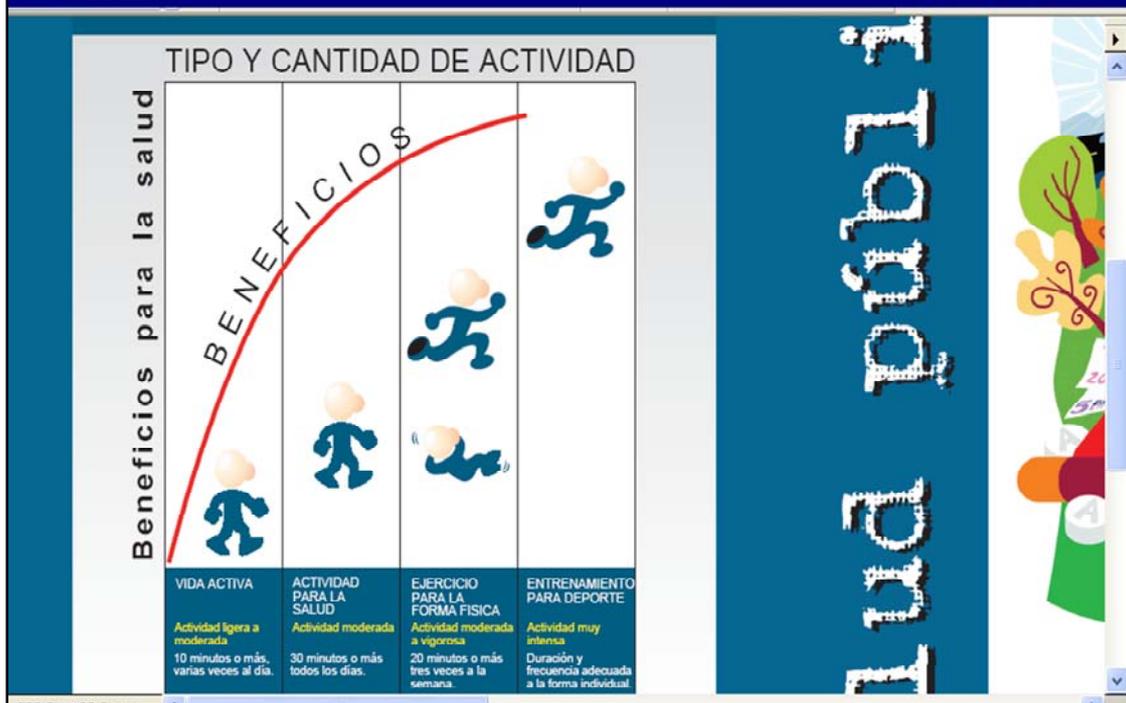
ACTIVIDAD: TAREAS DOMESTICAS	Kcal/h/kg
Carpintería	3,3
Jardín (cavar)	7,0
Limpieza de la casa	3,5
Cortar césped (máquina)	5,9
Fregar suelos	6,4
Lavar el coche	3,3

Es importante elegir el un tipo de actividad que sea aceptada y sea adecuada. Para ello es conveniente ser asesorado por un especialista en caso de padecer algún problema de salud. En ocasiones vemos prácticas inadecuadas: personas con escoliosis practicando deportes asimétricos (tenis), o corredores (deporte de impacto) con hernias de discales. Desde la perspectiva comportamental, por tanto, pueden distinguirse en este ámbito tres conductas alternativas: a) la conducta sedentaria (conducta a sustituir); b) la actividad física apropiada (conducta elegida), y c) la actividad física inapropiada (conducta a evitar). Los planes de cuidados y entrenamiento son los instrumentos que favorecen la actividad física apropiada de acuerdo a las características de cada persona. Para prescribir ejercicio tenemos que facilitar que la persona realice el gasto calórico adecuado de forma constante con la actividad más adecuada para su salud y su gustos, de lo contrario la prescripción difícilmente será seguida.



MEJORAR EL ACCESO A MATERIAL DIVULGATIVO

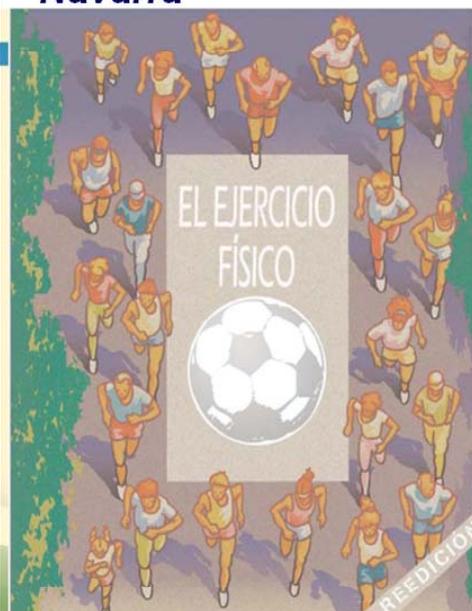
Folleto Muévete. Castilla la Mancha



Formación en prescripción de ejercicio y material escrito oportuno

Navarra

¿Cómo programar el pulsímetro para hacer ejercicio con intensidad moderada en pacientes aparentemente sanos?



Para la mayoría de las personas no se recomienda la intensidad muy fuerte, propia más bien del deporte, que además suele hacerse de manera reglamentada y competitiva, profesional o no.

Clasificación del ejercicio físico según la intensidad de las pulsaciones

EDAD	Ejercicio Físico		Entrenamiento
	Intensidad Moderada (120 pulsaciones por minuto)	Intensidad Fuerte (130 pulsaciones por minuto)	Muy Fuerte (140 pulsaciones por minuto)
10	126	147	168
15	123	144	164
20	120	140	160
25	117	137	156
30	114	133	152
35	111	130	148
40	108	126	144
45	105	123	140
50	102	119	136
55	99	116	132
60	96	112	128
65	93	109	124
70	90	105	120
75	87	102	116

Para los diferentes niveles de intensidad del ejercicio físico la frecuencia de las pulsaciones máximas para la edad se calcula con la fórmula: $(220 - \text{edad}) \times 0,8$ (en subgrupos).

Dos tipos de ejercicio físico son importantes para la salud: de resistencia del corazón y los pulmones y de fuerza y flexibilidad de los músculos y huesos.

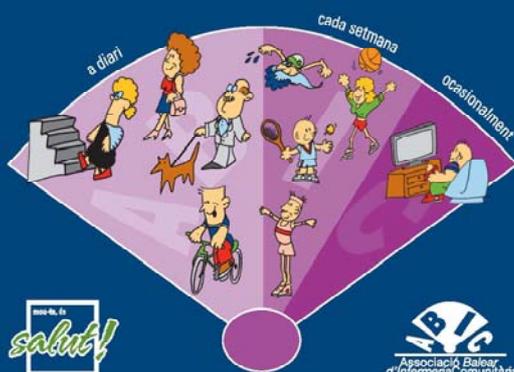
Model de programa d'activitats setmanals per una despesa energètica aproximada d'unues 1.665 quilocalories/setmana per una persona d'uns 70 quilograms.

	ACTIVITATS	Aprox.	INTENSITAT DE L'ACTIVITAT
DILLUNS	Caminar a bon ritme / ballar en general (ball de saló) / bicicleta nivell d'oci / jardineria o treballs a l'hort (30 minuts)	150 Kcal	MODERADA
DIMARTS	Neteja de casa / anar a fer la compra passejant (60 minuts)	220 Kcal	LLEUGERA
DIMECRES	Caminar a bon ritme / ballar en general (ball de saló) / bicicleta nivell d'oci / jardineria o treballs a l'hort (30 minuts)	150 kcal	MODERADA
DIJOUS	Neteja de casa / anar a fer la compra passejant (60 minuts)	220 Kcal	LLEUGERA
DIVENDRES	Caminar a bon ritme / ballar en general (ball de saló) / bicicleta nivell d'oci / jardineria o treballs a l'hort (30 minuts)	150 kcal	MODERADA
DISSABTE	Córrer moderadament / excursió muntanya / natació (estil lliure) / ciclisme a ritme viu (60 minuts)	600 kcal	FORTA
DIUMENGE	Jugar i córrer amb els nens / neteja de cotxes, garatge, finestres, treballs moderats o forts en general (40 minuts)	175 kcal	MODERADA



mou-te, és

salut!



www.abic
salut!

ABIC
Associació Balear
d'Infermeria Comunitària

ABIC
Associació Balear
d'Infermeria Comunitària
www.abic.faecap.com

Beneficis d'una vida activa

- L'activitat física regular és bona per a totes les edats i proporciona una millora en la salut física i en el benestar.
- Ajuda a controlar el pes, juntament amb una alimentació adequada.
- Ajuda a prevenir i tractar l'excés de pes perquè regula la gana i augmenta el nombre de calories que es gasten cada dia.
- Redueix el risc de malaltia cardiovascular i embòlies. Millora la tensió arterial, la diabetis i el colesterol.
- Millora la mobilitat de les articulacions, el to i la força muscular. Ajuda a detenir la descalcificació i, si hi ha una dieta adequada, l'exercici és suficient perquè no avanci l'ostoporosi.
- Ajuda a reduir l'estrès, a sentir-se millor, amb més energia, a relaxar-se, a promoure el benestar psicològic i a dormir millor.
- Afavoreix la socialització dels nens. És una alternativa d'oci saludable. Ajuda als nens a relacionar-se amb els altres i a créixer millor, més alegres i més sans.



Recomanacions

- Convertiu l'estil de vida actiu en un hàbit per a tota la família, fomentant-lo des de la infància.
- S'aconseja com a mínim 30 minuts d'activitat física al dia. El temps total de l'exercici i que sigui diari és el que produeix majors beneficis en salut. La constància és una bona aliada de l'exercici.
- Inicieu l'activitat física de manera gradual i eviteu realitzar exercicis bruscs sense estar entrenat. A l'hora de caminar és bo començar per un ritme suau i anant-lo intensificant, mantenint-lo una bona estona.
- Realitzeu l'activitat física abans de menjar o entre 1 i 2 hores després de cada menjada. És preferible no continuar amb l'exercici si apareixen: marejos, rampes, dificultat per respirar, malestar o dolor al pit. És molt important augmentar la quantitat d'ingesta d'aigua quan es fa activitat física.
- Hi ha una activitat física per a cada edat i circumstància. Una bona manera de fer exercici és realitzant les activitats de la vida quotidiana: agrandar, fregar, regar, escurar, passejar, jardineria, bicicleta, pujar i baixar escales, etc.
- Sempre és millor desplaçar-se a peu que amb cotxe i pujar i baixar les escales en lloc d'utilitzar l'ascensor.

- Per a qui li agrada, ballar és una manera divertida i molt saludable de mantenir-se en forma. És una idea molt saludable planejar caps de setmana que incloguin anar d'excursió.



* Taula de despesa energètica per Kcal/Kg/min

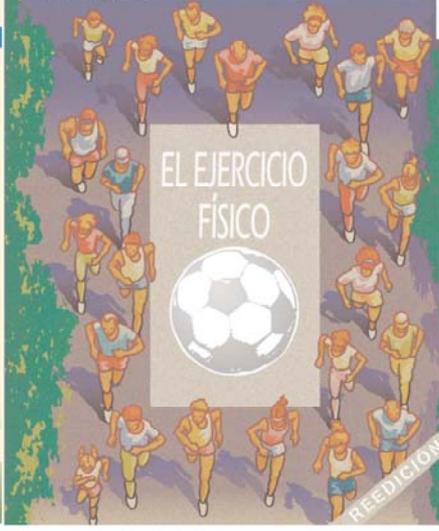
Activitat física	Kcal/Kg/min.	Kcal/hora (per una persona d'uns 70 kg)
Pintar parets	0,050	210
Netejar els vidres	0,057	239
Netejar el terra	0,061	256
Practicar la jardineria	0,067	282
Treure la pols	0,070	294
Pujar escales	0,227	953
Natació	0,071	300
Tennis	0,115	482
Bicicleta	0,121	510
Futbol	0,133	558
Patinatge	0,143	600
Muntanyisme	0,147	617
Passejar amb suavitat (3,5 km/h)	0,051	214
Passejar ràpid (4-5 km/h)	0,070	295
Ball modern moderat	0,066	275
Ball de saló	0,083	347
Córrer amb suavitat (5,5 km/h)	0,092	385
Córrer amb moderació (7,5 km/h)	0,154	645
Natació estil lliure (crol)	0,130	545

Font: Guia de prescripció d'exercici físic per a la salut. Generalitat de Catalunya. Setembre 2007.

www.abic.faecap.com

Formación en destrezas para recomendar estilos de vida saludables y material escrito adecuado

Navarra



¿Cómo programar el pulsímetro para hacer ejercicio con intensidad moderada en pacientes aparentemente sanos?

Para la mayoría de las personas no se recomienda la intensidad muy fuerte, propia más bien del deporte, que además suele hacerse de manera reglamentada y competitiva, profesional o no.

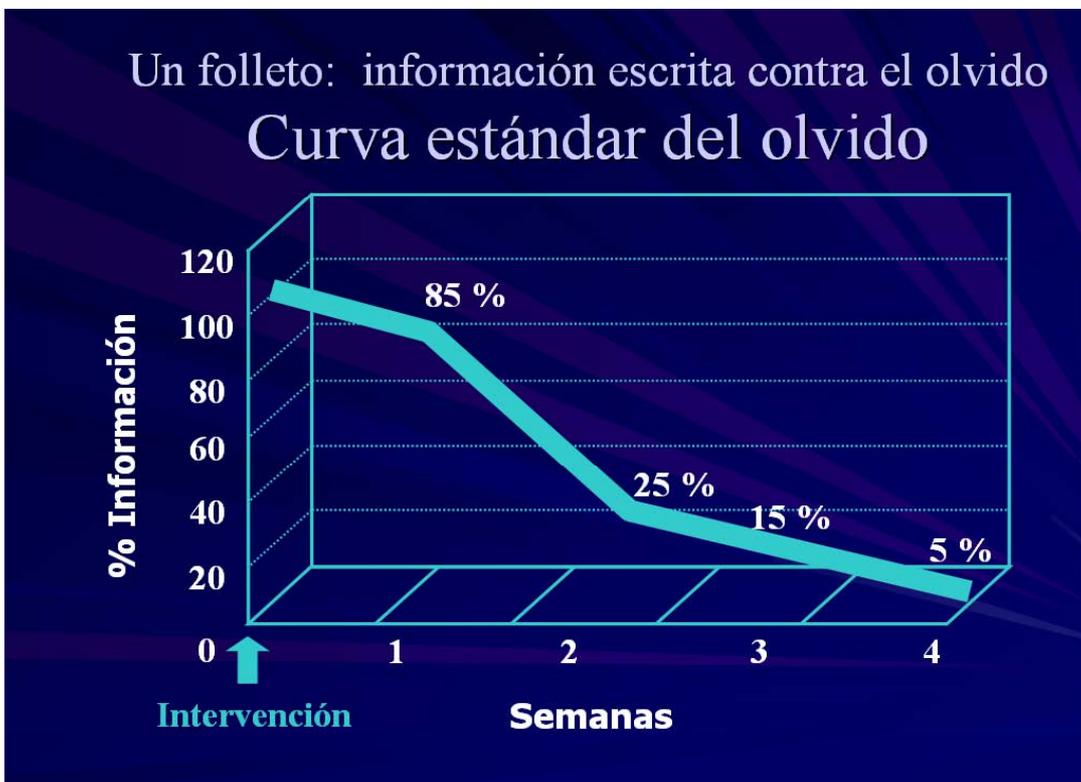
Clasificación del ejercicio físico según la intensidad de las pulsaciones

EDAD	Ejercicio Físico		Batajeamiento
	Intensidad Moderada (70-80% de las pulsaciones máximas para la edad)	Intensidad Fuerte (80-90% de las pulsaciones máximas para la edad)	Muy Fuerte (90-100% de las pulsaciones máximas para la edad)
10	126	147	168
15	123	144	164
20	120	140	160
25	117	137	156
30	114	133	152
35	111	130	148
40	108	126	144
45	105	123	140
50	102	119	136
55	99	116	132
60	96	112	128
65	93	109	124
70	90	105	120
75	87	102	116

Para los diferentes niveles de intensidad del ejercicio físico la frecuencia de las subsecciones mínimas para la edad se calcula con la fórmula (220-edad) x (0,5-0,8) en subsecciones.

Dos tipos de ejercicio físico son importantes para la salud: de resistencia del corazón y los pulmones y de fuerza y flexibilidad de los músculos y huesos.

El material impreso ayuda a prolongar el recuerdo de la indicación. Es imprescindible en una estrategia de promoción de actividad física disponer de material divulgativo adecuado.



Objetivo prioritario: entrenar en prescripción eficaz a profesionales y mejorar el acceso a materiales divulgativos



Las intervenciones que brindan a las personas una orientación profesional con respecto al inicio de un programa de ejercicio y luego proporcionan un apoyo constante, pueden ser más efectivas como incentivos para realizar una actividad física. No existen pruebas de que tales intervenciones puedan reducir la actividad física o causar otro daño. Sólo hay pruebas muy limitadas de la efectividad a largo plazo de las intervenciones.

Desde la implantación de la estrategia NAOS vemos que numerosas comunidades autónomas desarrollan iniciativas de promoción de actividad física y nutrición saludable combinadas (en el caso del programa de “Consejo Intensivo” de Andalucía) o de forma independiente (tenemos numerosos ejemplos en Castilla La Mancha, Cataluña, Murcia, Extremadura, Navarra, País Vasco) . Progresivamente todas las comunidades desarrollan iniciativas en el marco de la Estrategia Naos. Desde la página web de la estrategia www.naos.aesan.msc.es se puede conocer la evolución de las distintas autonomías. El reto será disponer de sistemas de evaluación consensuados y eficaces para valorar la eficiencia de las intervenciones a largo plazo.

Las pruebas existentes acerca de la efectividad de las intervenciones con actividad física para adultos sedentarios en la población general, se ven limitadas por el reclutamiento de los voluntarios motivados y por los problemas de medir la actividad física mediante el autoinforme. Se necesitan estudios de alta calidad, con un gran número y variedad de participantes y con seguimientos más prolongados. (Hillsdon, 2008).



La gestión más eficiente de recursos depende de la acción intersectorial ya que las sinergias generadas facilitan compartir objetivos y recursos para implantar programas supervisados en el ámbito educativo, sanitario, laboral o para la práctica libre por parte de la población. Los materiales del proyecto Enya de Castilla La Mancha son un ejemplo de acción intersectorial. Otras acciones puntuales correctamente integradas (vemos algunas intervenciones en Cuenca y Vallecas), facilitan la coordinación de las intervenciones.

Recursos ¿Cómo y dónde?

supervisado

INFORMACIÓN SOBRE DONDE PODER HACER EJERCICIO

Permitase al trabajador social de su centro de salud o póngase en contacto con alguno de los siguientes centros:

CIUDAD	CENTRO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Vallecas	C. S. S. Entrevías	Kutze, 8	91 507 80 70
	CEJA Fincales	Savina, 76	91 786 16 70
	C. C. Pico Pizar	Felipe de Diego, 11	91 507 81 43
	Piso Tito Riamundo	Ande, Maristas, 19	91 786 63 72
	San Diego	Sancho de Miquel, 16	91 757 19 90
	Publico Reseda	Sicardo Diego, s/n	91 263 68 40
	Centro Pínic de Pylla	Las Marinas, 24	91 532 19 16
	C. de Promoción y Prevención de Salud	Sierra de Guad, 1	91 777 40 49
	Fuente Carabancha	Fuente Carabancha, 8	91 588 74 02
	Madrid	Morizcar	Almpe Belcozes, s/n
Wagner Barrios		Sigüenza de Palacios, s/n	91 772 70 78
Madrid	Pérez Galdo	Ayda, Ciudad de Barcelona, 152	91 551 40 47
	Pto Barrio	Pto Barrio, 6	91 504 24 51
Madrid	C. S. S. y Mieres	Virgen del Pilar, 1	91 871 13 42 / 7376
	Auto. Morado de Tajuña	C/Plaza Mayor, 1	91 873 89 80

Puede recibir información adicional en su asociación de vecinos a través de la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos de Madrid (FRAVM) en el teléfono 91 725 29 00, donde se informarán de cual es su asociación.

Asesorado y / o supervisado o libre

RUTAS A PIE POR CUENCA

RUTAS EN BICICLETA POR CUENCA

7 PASEOS POR CUENCA

Vallecas

Cuenca

¿Cuándo hacer ejercicio?

Las medidas de conciliación de la vida laboral y familiar facilitarían el encontrar tiempo para hacer ejercicio. Muchas personas parecen no disponer de tiempo hasta la jubilación.

¿Quién tiene tiempo para hacer alguna vez

Ejercicio en el tiempo libre?



Encuesta Nacional de Salud 2006

Tiempo, espacio, educación y salud para todos en el siglo XXI. Un reto común.

La actividad física representa un gran potencial para influir positivamente en la salud, el bienestar social, físico y mental, y en la capacidad funcional de la población.

La evidencia científica acumulada muestra que la actividad moderada diaria mejora la salud. Esta evidencia incluye la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular, cáncer de colon, diabetes, hipertensión arterial; y la mejora los niveles plasmáticos de colesterol, debido a la reducción de las lipoproteínas LVL y LDL y aumento del nivel sérico de HDL. Además contribuye al desarrollo y mantenimiento de un sistema locomotor saludable y mejora los síntomas de ansiedad y depresión.

Se recomienda que los adultos deberían realizar treinta minutos o más de actividad física de intensidad moderada, preferiblemente, todos los días de la semana.

En la encuesta se pregunta: «Habitualmente, ¿realiza en su tiempo libre alguna actividad física, como caminar, hacer algún deporte, gimnasia,...?».

En esta diapositiva se muestra el porcentaje de población de 16 y más años que realiza actividad física en el tiempo libre según grupo de edad y sexo.

El **60,6%** de la población (63,6% de los hombres y 57,6% de las mujeres) realiza **actividad física** en su tiempo libre, pero no suele ser suficiente el tiempo disponible para abandonar la condición de persona sedentaria y llegar al tiempo e intensidad recomendadas.

La conciliación de la vida familiar y laboral para que las personas dispongan de **tiempo**, la adecuación de los entornos para mejorar los **espacios** y el acceso a una **educación** útil y eficaz para fomentar estilos de vida saludables son los retos a los que se enfrenta la sociedad actual.

INTERVENCIÓN FAMILIAR

Evaluación de un plan de cuidados en obesidad infantil

- Por primera vez en 2008 se introduce en la cartera de servicios de atención primaria "obesidad infantil".
- ¿Cómo intervenir?
- Los datos limitados y la escasa investigación sugieren que puede haber beneficios en el tratamiento conductual donde se otorga a los padres la responsabilidad del cambio conductual y éste se realiza en familia*.
- Para iniciar la intervención es preciso profesionales con formación específica en actividad física y nutrición aplicada en la infancia, técnicas de intervención conductual y promoción de hábitos saludables en el ámbito familiar.

* *Summerbell CD et Al. Intervenciones para tratar la obesidad infantil (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2007.*



Servicio 106: ATENCIÓN A NIÑOS CON OBESIDAD

Cartera de Servicios

2008-2009

INDICADOR de COBERTURA

Nº de niños de 2 a 14 años que cumplen el criterio de inclusión
15 % de niños de 2 a 14 años

Criterio de Inclusión

Se cuentan los niños entre 2 y 14 años con Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$) superior al percentil 95 (p 95).

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

En los niños incluidos en servicio constará:

CBA 1

Una anamnesis o valoración funcional sobre los siguientes aspectos:

- Antecedentes familiares de obesidad hasta 2º grado de consanguinidad.
- Estado nutricional metabólico que incluya, al menos, nº comidas/día y consumo diario de líquidos, frutas, verduras, lácteos, grasas y azúcares.
- Rol/relaciones que incluya, al menos, actividades extraescolares.
- Actividad/ejercicio que incluya, al menos, tipo e intensidad de ejercicio y tiempo de actividades sedentarias (televisión, videojuegos o similares).
- Autoconcepto que incluya, al menos, existencia o no de problemas conducta y problemas de imagen corporal.

CBA 2

Al menos, dos controles al año que incluyan:

- Medición de peso, talla, e índice de masa corporal (IMC) con percentiles.
- Consejo/información sobre alimentación.
- Consejo/información sobre actividad/ejercicio físico.
- Consejo/información sobre actividades de ocio.
- Un plan de cuidados en relación con los problemas y/o situaciones identificados revisado con periodicidad bianual.

Evaluación de un plan de cuidados familiar en obesidad infantil

Concepto: Intervención conductual en el estilo de vida familiar mediante 24 propuestas saludables y monitorización de 4 conductas.

- **Duración del tratamiento:** 12 sesiones trabajando 2 propuestas / sesión.
- **Material divulgativo para padres:** los padres asumen la responsabilidad del seguimiento.

Cada paso cuenta:

24 pasos

come sano y muévete
*disfruta del juego, del deporte, del ejercicio físico
puedes conocerte mejor, apreciar tus cualidades,
hacer nuevos amigos, aprender a compartir
sentirte mejor, más fuerte, más rápido...*
MÁS SANO

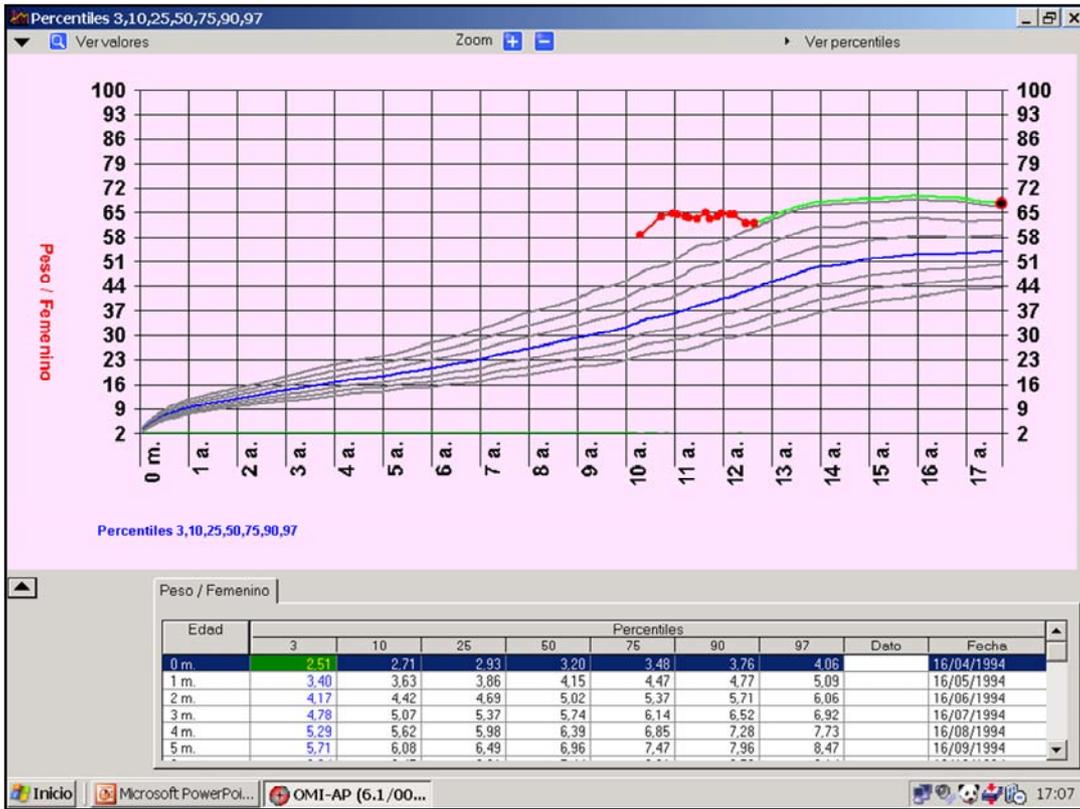
¡cuidado con la obesidad en la infancia!
Prevención y abordaje de la obesidad infantil.

Material de apoyo para padres y educadores
Diego J. Villalvilla

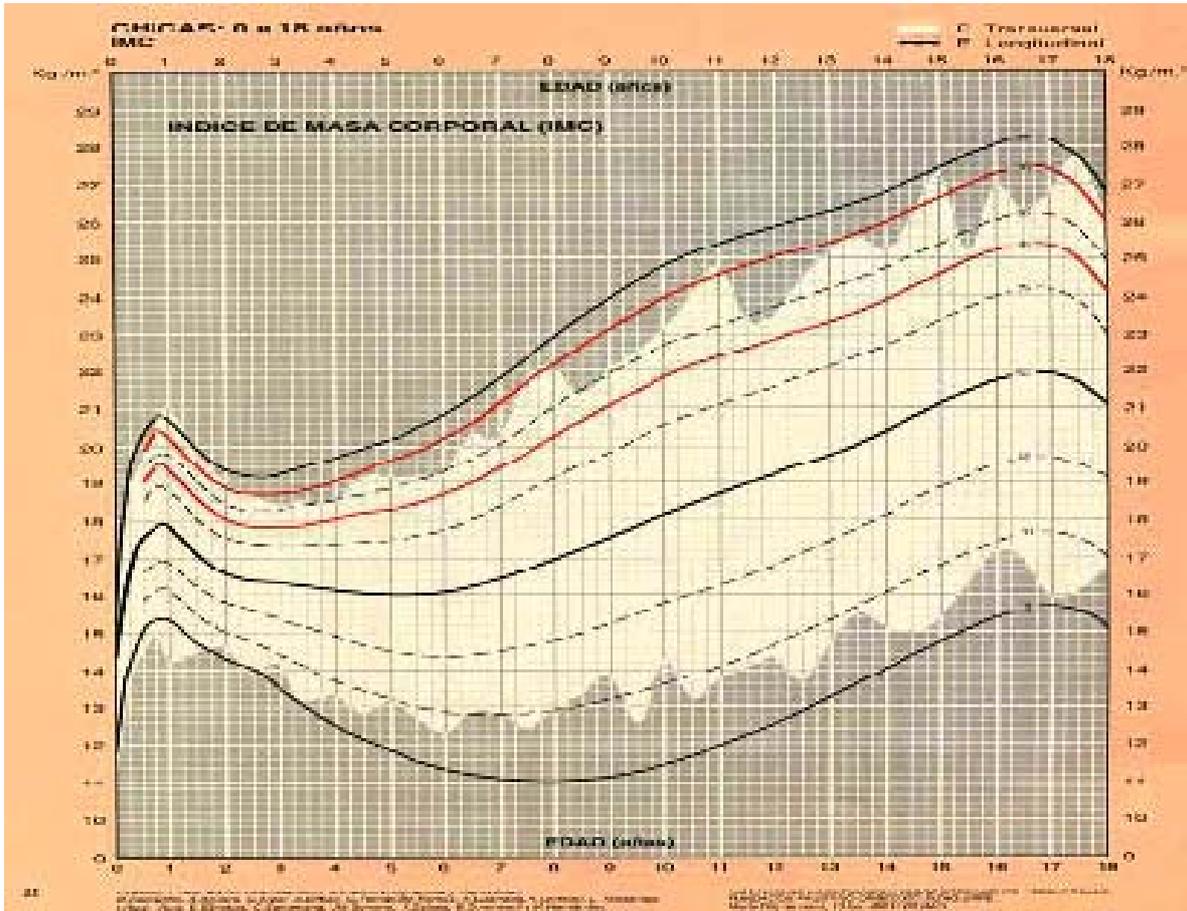
y aléjate del exceso de peso, del aburrimiento, del cansancio, de las enfermedades, de las drogas, de las malas compañías...

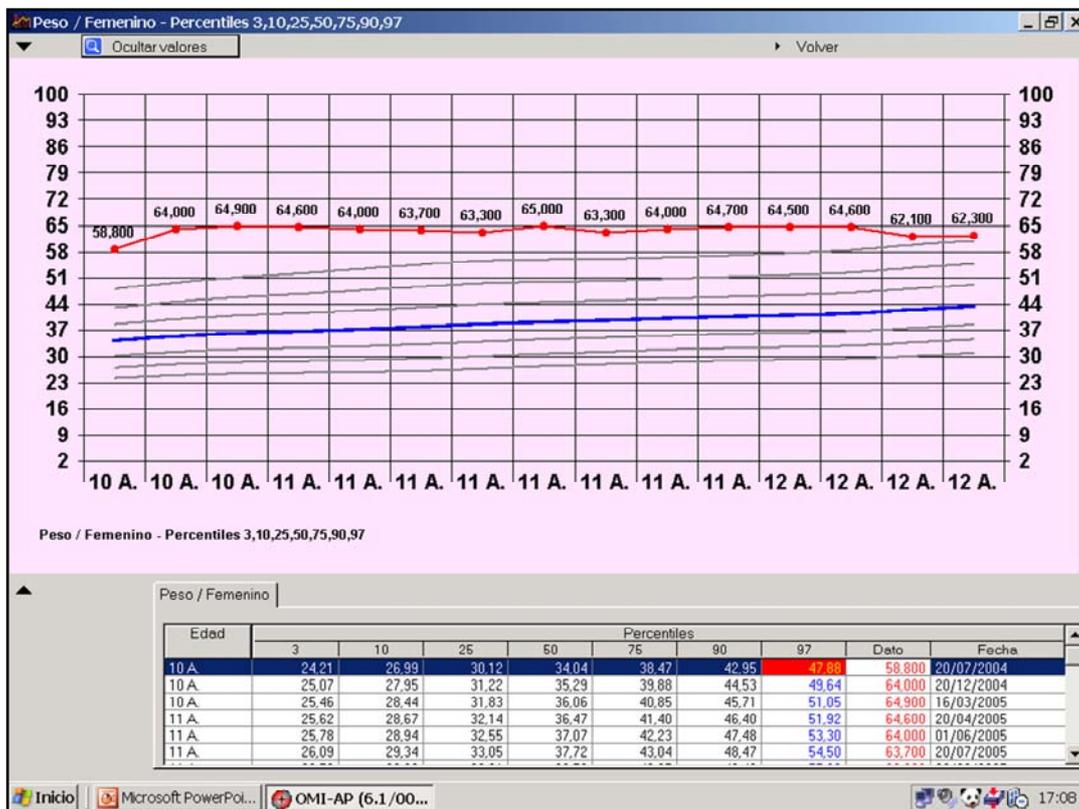
TENEMOS UN CAMINO QUE HACER JUNTOS,
LA META ES TU SALUD

1. Entender IMC y factores de Riesgo.
2. Aprender a planificar. Establecer objetivos.
3. Organizar horarios y comidas.
4. Aprender a desayunar de forma saludable.
5. ¿Qué harás para estar en forma?
6. Planificar ejercicio en el tiempo de ocio.
7. Compartir un deporte como terapia.
8. Quítate la sed con agua.
9. ¿Cómo construir una dieta equilibrada? Pirámide de Alimentación NAOS. Los grupos de alimentos.
10. ¿Cuántas raciones de fruta y verdura tomamos?
11. ¿Cuántos y qué hidratos de carbono tomar?
12. ¿Cuántas y qué proteínas tomar?
13. ¿Cuántas y qué grasas tomar?
14. ¿La importancia de la fibra?
15. Aprender a masticar.
16. No comer con tele. Con tele no comer.
17. Ajustar horas de ocio inactivo. Uso correcto de nuevas tecnologías.
18. Cuidado con alimentos hipercalóricos.
19. Control de impulsos. No picar entre comidas.
20. Cuidado con la sal.
21. Aprender a relajarse.
22. Aperitivos saludables. Una fiesta saludable.
23. Cultivar la autoestima.
24. ¿Para qué sirve un euro? Alternativas a las chuches.

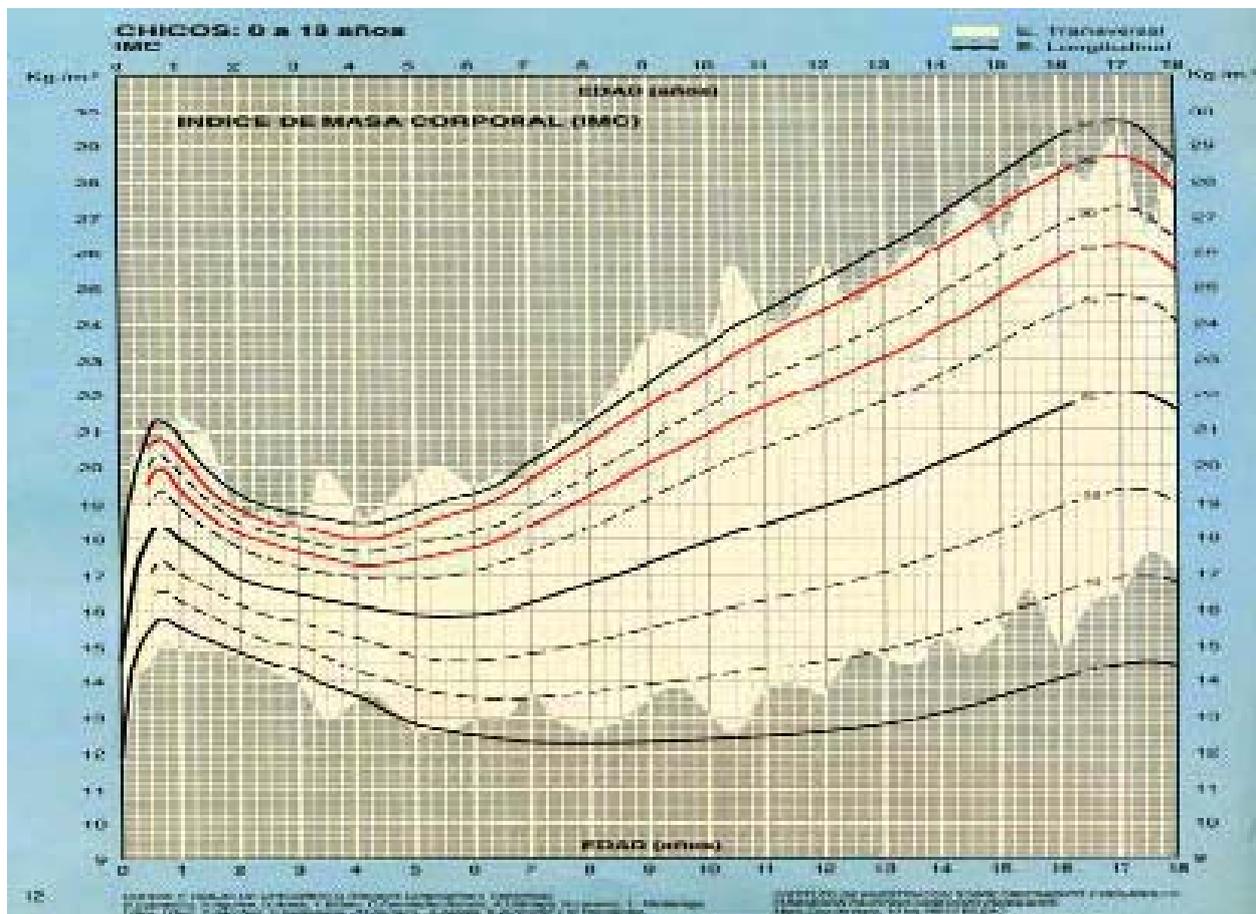


Valoración IMC niñas





Valoración IMC niños



Monitorización de autocuidados

Enfermería Comunitaria: te ayudamos a cuidarte, te ayudamos a cuidar

	MAMA	PAPA	HIJO/A	HIJA/O		MAMA	PAPA	HIJO/A	HIJA/O
MARTES					MARTES				
MIÉRCOLES					MIÉRCOLES				
JUEVES					JUEVES				
VIERNES					VIERNES				
SÁBADO					SÁBADO				
DOMINGO					DOMINGO				
LUNES					LUNES				
TIEMPO TOTAL					LISTA DE LA COMPRA				
<p>EL OBJETIVO ES 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA DE INTENSIDAD MODERADA PARA ADULTOS Y 60 MINUTOS PARA NIÑOS</p>					<p>LA PIRÁMIDE DE LA ALIMENTACIÓN NOS RECOMIENDA TOMAR CINCO RACIONES FRUTA/VERDURA AL DÍA ¡UN POSITIVO EL DÍA QUE LO CONSIGUES!</p>				

Monitorización de autocuidados

(marca un + el días que lo consigues el objetivo)

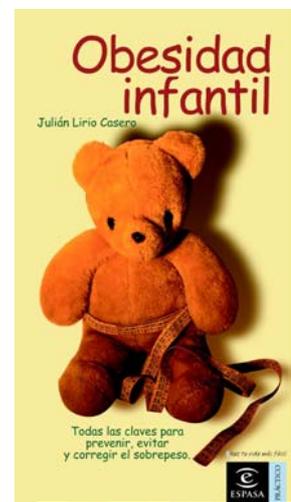
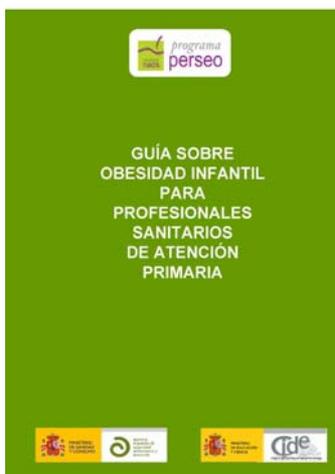
	MAMA	PAPA	HIJO/A	HIJA/O		MAMA	PAPA	HIJO/A	HIJA/O
MARTES					MARTES				
MIÉRCOLES					MIÉRCOLES				
JUEVES					JUEVES				
VIERNES					VIERNES				
SÁBADO					SÁBADO				
DOMINGO					DOMINGO				
LUNES					LUNES				
TIEMPO TOTAL					LISTA DE LA COMPRA				
<p>TV, ORDENADOR, CONSOLAS, MÓVIL, SE ELEGIR LO ADECUADO A MI EDAD NO DEDICO MÁS DE 2 HORAS/DÍAS A ESTAS ACTIVIDADES DE OCIO</p>					<p>NO HE TOMADO EXCESO DE DULCES, NI HE PICADO ENTRE COMIDA... SÉ CONTROLAR MIS IMPULSOS, NO COMO MIENTRAS VEO TV NO COMO Y MIENTRAS COMO NO VEO TV</p>				

Monitorización de autocuidados

(marca un + el días que lo consigues el objetivo)

	MAMA	PAPA	HIJO/A	HIJA/O		MAMA	PAPA	HIJO/A	HIJA/O
MARTES					MARTES				
MIÉRCOLES					MIÉRCOLES				
JUEVES					JUEVES				
VIERNES					VIERNES				
SÁBADO					SÁBADO				
DOMINGO					DOMINGO				
LUNES					LUNES				
TIEMPO TOTAL					LISTA DE LA COMPRA				
TV, ORDENADOR, CONSOLAS, MÓVIL, SE ELEGIR LO ADECUADO A MI EDAD NO DEDICO MÁS DE 2 HORAS/DÍAS A ESTAS ACTIVIDADES DE OCIO					NO HE TOMADO EXCESO DE DULCES, NI HE PICADO ENTRE COMIDA... SÉ CONTROLAR MIS IMPULSOS, NO COMO MIENTRAS VEO TV NO COMO Y MIENTRAS COMO NO VEO TV				

Publicaciones de referencia para elaborar plan de cuidados de prescripción de ejercicio físico en obesidad infantil



Guías internacionales de Práctica Clínica para el manejo de la obesidad infantil

Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN)

National Health and Medical Research Council de Australia (NHMRC)





SEGUIMIENTO DE AUTOCUIDADOS

MONITORIZAR HÁBITOS



DA RESULTADOS



Oinez Bizi 2008



Oinez Bizi nació en 2006 con el objetivo de:
"Promover la Actividad Física como hábito de vida saludable, a través de los profesionales sanitarios de Osakidetza, utilizando podómetros como herramienta de motivación y seguimiento.



Oinez Bizi 2008



Oinez Bizi nació en 2006 con el objetivo de:

"Promover la Actividad Física como hábito de vida saludable, a través de los profesionales sanitarios de Osakidetza, utilizando podómetros como herramienta de motivación y seguimiento.

Reune como promotores a instituciones (Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y Osakidetza), sociedades científicas (Eusten, Osatzen, SVN de Cardiología, SEMERGEN), colegios oficiales profesionales (Colegios Oficiales de Enfermería y Consejo de Médicos del País Vasco)

Sufrió un parón fundamentalmente motivado por la mala calidad de los podómetros adquiridos. Pero en 2008, tras la adquisición de un nuevo modelo de podómetro, del que se dispone estudio de fiabilidad,

Manejo de la obesidad infantil basado en la evidencia

L. Edmunds, E. Waters, E. Elliot

Departamento de Salud Pública de Universidad de Oxford (Reino Unido)

Centro de Salud Infantil para la Comunidad de Universidad de Melbourne (Australia)

- Los niños obesos más pequeños deberían mantener o aumentar su peso en forma gradual en lugar de bajar peso.
- Es mejor inculcar hábitos alimentarios saludables en lugar de imponer dietas restrictivas.
- Es aconsejable estimular la actividad física.
- Los problemas psicosociales son consecuencias importantes del sobrepeso y la obesidad.
- Los tratamientos conductuales deben ser indicados de forma personalizada.
- Todos los tratamientos deben ser aceptados por la familia en su conjunto.

BMJ 2001; 323:916-919

La evidencia científica y la legislación ampara la intervención familiar y comunitaria, sin embargo estamos lejos de una implantación eficaz de ambas.

La promoción de la actividad física se beneficia de un abordaje familiar. Tanto la obesidad como el sedentarismo pueden ser consideradas enfermedades transmisibles. Existen vectores que favorecen un ambiente obesogénico (tipo de alimentación, tipo de ocio...), constituyendo una disfunción familiar. Por tanto será difícil establecer cambios a nivel individual sostenibles sin actuar en el conjunto. La tendencia al sedentarismo o a la actividad física depende del tipo de refuerzos y apoyos sociales que se establezcan. En este sentido el abordaje del sedentarismo se beneficia de un abordaje familiar y comunitario que está poco implantado en atención primaria. Aunque la cartera de servicios reconoce la necesidad de intervenir en este sentido, la realidad diaria nos dice que estamos lejos de una implantación extensa y eficaz de este tipo de intervenciones.

REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

3.2 Atención familiar: Comprende la atención individual considerando el contexto familiar de los pacientes con problemas en los que se sospecha un componente familiar. Incluye la identificación de la estructura familiar, la etapa del ciclo vital familiar, los acontecimientos vitales estresantes, los sistemas de interacción en la familia y la detección de la disfunción familiar.

3.3 Atención comunitaria: Conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos.



“Un día de estos tenemos que organizarnos”

¿Cómo iniciar procesos e intervenciones comunitarias ?

Las comunidades deben de organizarse para que las dificultades que impiden la adopción y puesta en marcha de buenos propósitos relacionados con la adopción de estilos de vida saludables pueda ser reforzada en detrimento de los determinantes comunitarios y sociales que fomentan el ocio y una cultura (entendida como forma de vida) insana.

Hoy nos encontramos ante una encrucijada, pues es cada vez más común considerar a los servicios sanitarios únicamente como una empresa de provisión de servicios cuyo objetivo es satisfacer la demanda con el menor coste posible. Existe el riesgo de creer que los centros de salud no tienen nada que ver con la promoción de la salud.

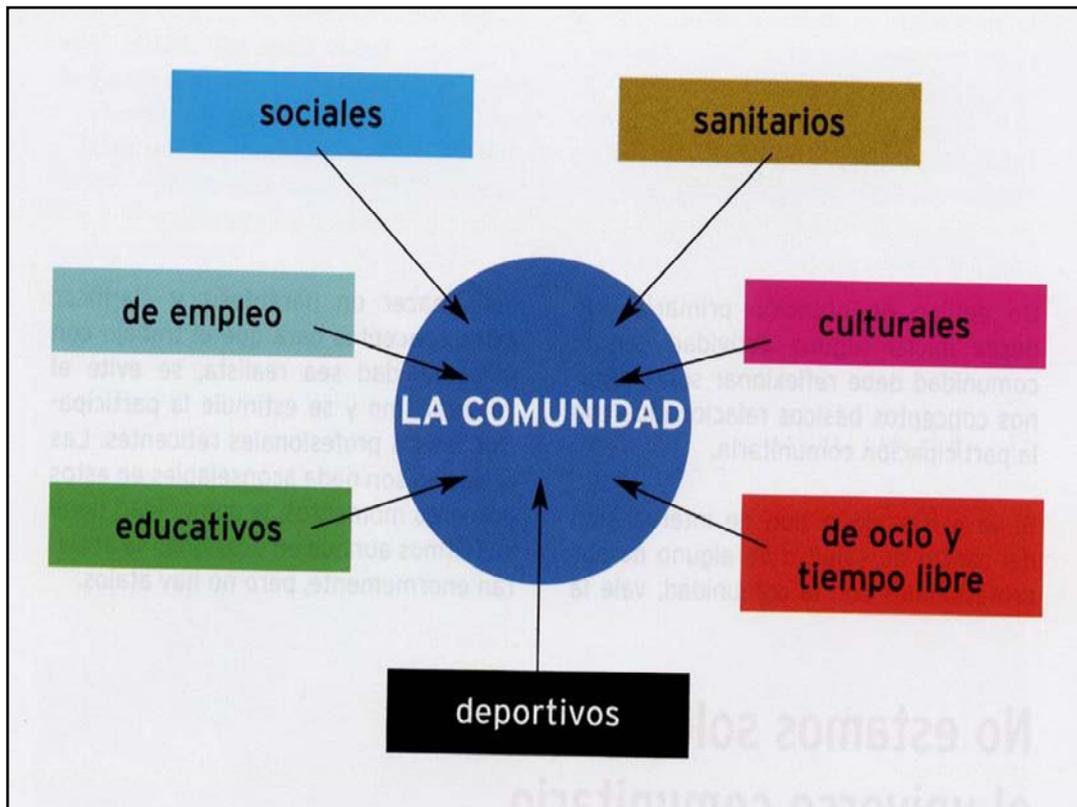
Por el contrario, los equipos de atención primaria deben asumir funciones que van desde la prestación de servicios asistenciales hasta la promoción de salud. La estrategia de promoción de salud implica necesariamente la coordinación y participación de las instituciones, los servicios y los propios ciudadanos, Implica la intervención en y con la comunidad.

Es fundamental entender la promoción de la salud y la intervención comunitaria como parte integrante de nuestro perfil como profesionales de atención primaria de salud.

Es objetivo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, a través del Programa de Actividades en Atención Primaria (PACAP en adelante), el establecer recomendaciones que puedan servir de guía a los profesionales de atención primaria para el desarrollo de las actividades comunitarias.

El PACAP contempla distintas y diversas orientaciones del trabajo comunitario (sensibilidades, conceptos, metodología y prácticas). Todas estas orientaciones convergen, sin embargo, en el convencimiento pleno de que es fundamentalmente a través de la implicación de las personas, grupos y comunidades como puede mejorarse el estado de salud tanto individual como colectivo de la población.

No es posible la promoción de salud sin la participación comunitaria.



PENSAR ANTES DE ACTUAR: UNA REFLEXIÓN PREVIA

Un equipo de atención primaria que desea iniciar alguna actividad con la comunidad debe reflexionar sobre algunos conceptos básicos relacionados con la participación comunitaria.

Si ya existe algún tipo de intervención del centro de salud o de alguno de sus profesionales con la comunidad, vale la pena hacer un paréntesis y clarificar estos conceptos para que el trabajo con la comunidad sea realista, se evite el voluntarismo y se estimule la participación de los profesionales reticentes. Las prisas no son nada aconsejables en estos primeros momentos, la comunidad tiene sus ritmos aunque en ocasiones se aceleran enormemente, pero no hay atajos.

NO ESTAMOS SOLOS EN EL UNIVERSO COMUNITARIO

Uno de los errores más frecuentes al iniciar una intervención con la comunidad es pensar que nosotros somos su único recurso, o el más importante, y que el tema de la salud constituye el principal centro de interés comunitario.

La salud, aunque muy importante, no es el único tema de interés para la comunidad, hay muchos otros problemas que preocupan a la sociedad como el empleo, la educación, la cultura o las relaciones sociales, por mencionar algunos.

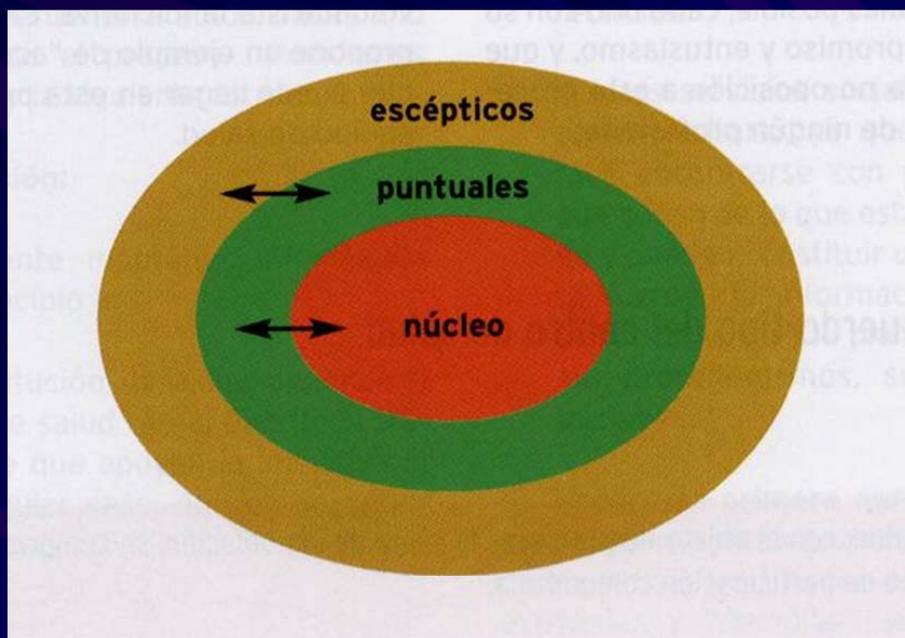
Los otros recursos presentes en la comunidad, educativos, sociales, culturales, de ocio, etc., pueden tener incluso un papel más relevante que el centro de salud para un proceso de participación comunitaria.

INICIAR LA INTERVENCIÓN. I FASE: TRABAJO INTERNO DEL EQUIPO.

- 1 Información a la comunidad
- 2. Conocer la comunidad.
- 3. Elaborar un fichero de recursos.
- 4. Formación a los interesados en metodologías de participación comunitaria en salud y promoción de la salud.
- 5. Documentación de todo el proceso

El liderazgo en los procesos comunitarios implica reclutamiento en los propios equipos de trabajo y en la comunidad.

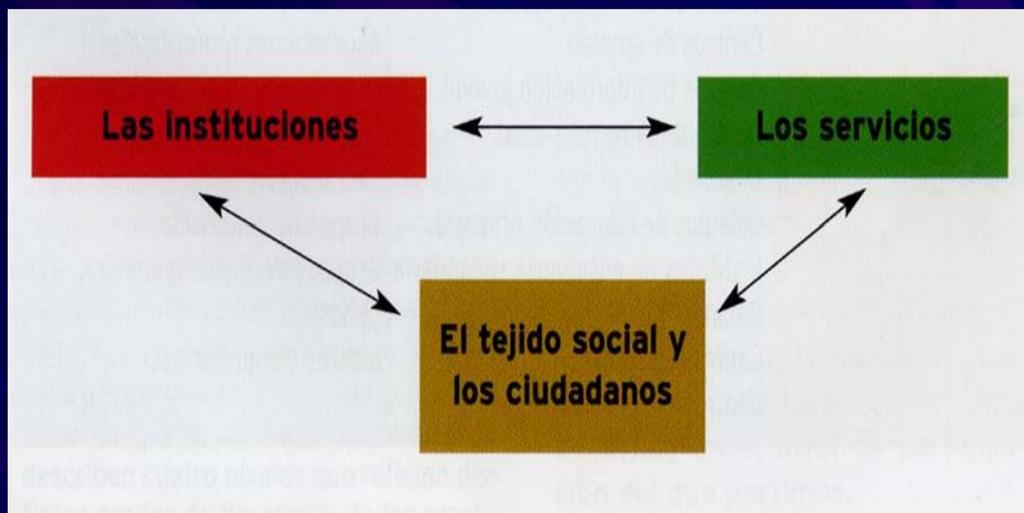
TRABAJO INTERNO DEL EQUIPO. ¿QUIÉN TIENE INTERÉS?. LA TEORÍA DE LOS TRES CÍRCULOS



II FASE: SALIR A LA COMUNIDAD

- 1. Socializar el documento de aproximación al conocimiento de la comunidad. Completarlo con la participación de todos convocando al mayor número posible de recursos comunitarios.
- 2. Ceder el protagonismo a la comunidad.
- 3. Iniciar el proceso intervención/participación para dar respuesta a los problemas que nos plantean.

AGENTES DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA



III FASE: INICIAR LA INTERVENCIÓN

- **Las primeras intervenciones en la comunidad deben asegurar su éxito, siendo de fácil realización, respondiendo a intereses sentidos por la población y asegurando la máxima participación.**

IV EPÍLOGO: LA INTERVENCIÓN NORMALIZADA.

Nuestro objetivo

Extender un programa de promoción de actividad física y salud por medio de la Red de Actividades Comunitarias de atención primaria. ¿No conoces la red?

¿RED DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS (RAC)?

La Red de Actividades Comunitarias (RAC), es uno de los instrumentos de la semFYC para incorporar al trabajo habitual de los profesionales de atención primaria de salud prácticas de calidad realizadas con grupos y comunidades.

La RAC, que se concibe como una **red de grupos en acción**, pertenecientes o con algún tipo de conexión con un centro de salud y que están llevando a cabo alguna actividad de participación o intervención comunitaria, tiene los siguientes **objetivos**:

- Facilitar los contactos y el intercambio de información entre grupos que realizan prácticas comunitarias.
- Difundir experiencias de orientación comunitaria que puedan convertirse en "ejemplos de buena práctica profesional".
- Estimular la puesta en marcha de acciones comunitarias mediante la diversidad de iniciativas generadas por los participantes en la red.
- Generar metodologías y materiales potencialmente útiles para el trabajo comunitario y con grupos.
- Facilitar la constitución de equipos multicéntricos para la investigación.
- Aportar a la comunidad científica una base de datos utilizable para la investigación.
- Avanzar en el marco teórico de la orientación comunitaria, sintetizando la aplicación práctica conocida mediante la red.

ACTIVIDAD DE COMUNITARIAS: ALIANZAS NECESARIAS

TALAVERA	VALLECAS	JABAGA CUENCA	VALLECAS
EJERCICIO FÍSICO Y SALUD	CONSEJOS DE SALUD	PUEBLOS EDUCADORES	ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD
ESPECIALISTAS Y MONITORES EN EDUCACIÓN FÍSICA	MOVIMIENTOS ASOCIATIVOS CIUDADANOS	MOVIMIENTOS ASOCIATIVOS ÁMBITO RURAL	ASOCIACIONES DE ALUMNOS Y PADRES
JORNADAS PROMOCIÓN ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD	INSTITUCIONES PÚBLICAS	AYUNTAMIENTOS ÁMBITO RURAL	EDUCADORES
MOVIMIENTOS ASOCIATIVOS	TELEVISIÓN Y TRABAJO COMUNITARIO	UNA CARRERA POPULAR COMO TERAPIA	SALUD LABORAL Y PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA
SECTOR EDUCATIVO	TELEVISIONES PÚBLICAS	ASOCIACIONES DEPORTIVAS	CENTROS DE TRABAJO
CUENCA	EMISORAS DE RADIO COMUNITARIA	SECTOR SANITARIO	
MADRID	TV3 CATALUÑA	CUENCA	SALUD
	R. VALLECAS	VALLECAS	LABORAL

MUNICIPIOS > 20.000 HABITANTES

- SERVICIOS DE MEDICINA DEPORTIVA
- EJERCICIO FÍSICO Y SALUD.
- CONSEJOS DE SALUD.
- JORNADAS DE SALUD.

MUNICIPIOS DE 2000 A 20.000

- EJERCICIO FÍSICO Y SALUD.
- CONSEJOS DE SALUD.
- JORNADAS DE SALUD.

MUNICIPIOS < 2.000 HABITANTES

- CONSEJOS DE SALUD.
- PUEBLOS EDUCADORES

Revista Comunidad. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria.

RED DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE PROMOCIÓN DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Participación comunitaria

"El proceso en virtud del cual los individuos y familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivos para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo". Conferencia Internacional de Alma Ata. 1978.

El trabajo en red en el ámbito de la participación comunitaria es nuestra propuesta para extender nuestro programa de promoción de actividad física y salud

En la primera fase de nuestro programa de promoción de actividad física hemos puesto en marcha diferentes experiencias piloto con el objetivo de valorar su viabilidad y pertinencia. Algunas son pioneras como el programa de ejercicio físico y salud (más de 20 años de desarrollo), otras son muy recientes (pueblos educadores, una carrera popular como terapia) y otras actividades son propuestas clásicas en el ámbito de la promoción de la salud (consejos de salud, escuelas promotoras de salud) pero que requieren ser revisada y adaptadas para que puedan ser eficaces en el momento actual. En definitiva trabajamos con un modelo de promoción de salud clásico que en muy pocas ocasiones se ha llevado a la práctica y que ahora nos planteamos ponerlo en práctica, y que se adapte a las necesidades de salud del momento actual de tal forma que sea resolutivo.

En el programa de promoción de actividad física y salud hemos tratado de cultivar distintas alianzas con el objetivo de generar sinergias que hagan la participación comunitaria más eficaz para favorecer la reducción del sedentarismo y ser más eficaces para luchar contra las epidemias del siglo XXI que se relacionan fundamentalmente con estilos de vida poco saludables.

Aunque trabajamos para las comunidades en las que estamos inmersos el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), a través de la red de actividades comunitarias en atención primaria (RAC) nos permite compartir con otras comunidades nuestras prácticas a la vez que compartir nuestras experiencias con otras comunidades. El trabajo en red en el ámbito de la participación comunitaria en salud será el modelo propuesto para desarrollar nuestro programa de promoción de actividad física y salud.

PROGRAMA DE SALUD Y EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina.

Actividad comunitaria de atención primaria pionera en nuestro país.
Se desarrolla desde 1990. Manuela Mingo (RAC – PACAP – SEMFyC)

RESULTADOS. **ADHESIÓN 62%**

A LOS 3 MESES DE ADHESIÓN

HIPERTENSIÓN

- UN 2% DEJÓ DE TOMAR MEDICACIÓN

- UN 8% REDUJO LA MEDICACIÓN

- UN 48% MEJORÓ LAS CIFRAS

OBESIDAD

- UN 38% BAJA EL IMC A LOS 3 MESES
(EL 15% INCLUSO BAJA DEL IMC 25)

DIABETES E HIPERCOLESTEROLEMIA

DISMINUCIÓN DE CIFRAS DESDE LOS 3
MESES



La mejoría en los parámetros bioquímicos y en el índice de masa corporal es de esperar a los 3 meses de iniciado el programa. Lo contrario indica escasa adhesión. La mejoría clínica debe servir de biofeedback y refuerzo.

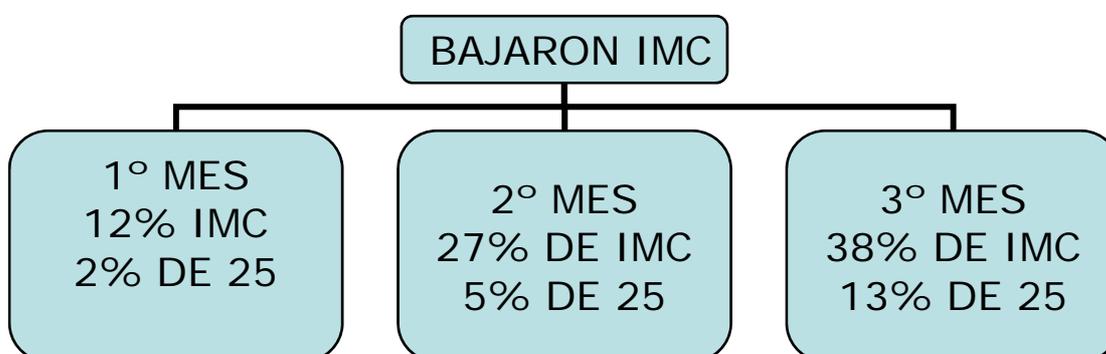
Promoción de ejercicio físico y salud. Talavera de la Reina (Toledo)

Esta experiencia, en marcha desde 1990, tiene como principales objetivos promover el asociacionismo mediante la realización de actividades grupales de ejercicio físico y mejorar las patologías cardiovasculares, implantando en sus componentes la realización de ejercicio físico. La actividad empieza captando desde el centro de salud a mujeres que tienen algún factor de riesgo cardiovascular y que son susceptibles de mejora con esta intervención. Las pacientes, una vez captadas, son derivadas a la “Asociación de Mujeres Rayuela”, cuya principal actividad es realizar ejercicio físico aplicado clínicamente y controlado por un entrenador nacional con experiencia. El contacto con el centro de salud es permanente, tanto para que el entrenador conozca la patología y las posibles complicaciones, como para comunicar la evolución de cada mujer. Las pacientes son sometidas a evaluaciones constantes para medir su evolución en la forma física y para determinar analíticamente las mejoras. Al mismo tiempo, se interviene activamente, con refuerzo positivo y compromisos individuales, para potenciar la adherencia a la actividad. Ésta la llevan a cabo un equipo multidisciplinar (enfermeras, trabajadora social, psicóloga y entrenador) e intersectorial (centro de salud, ayuntamiento y asociación de mujeres). La experiencia tiene muchos años de rodaje y ha incluido a muchas mujeres, habiéndose registrado toda la información sobre evaluación y mejoras obtenidas. Por último, cabe señalar que las mujeres que acaban realizando esta actividad de forma habitual son derivadas al Club de Atletismo de la ciudad, encontrándose en la actualidad un gran porcentaje de ellas participando en programas deportivos y competiciones populares.



SEGUIMIENTO EN PRIMEROS MESES DE ADHESIÓN

El problema de valorar la adhesión al ejercicio mediante autoregistros es un problema común en los programas de evaluación de actividad física. Hay que tener en cuenta que el pasar de sedentario a activo tiene repercusión en numerosos marcadores biológicos (nivel de lípidos en sangre, % de masa grasa, peso corporal, hemoglobina glicosilada). La falta de una modificación mínima y favorable de indicadores biológicos nos debe servir de referencia para interpretar el grado de compromiso con el programa de ejercicio y el plan de cuidados prescrito. Además el aumento de tolerancia a la actividad que se asocia al incremento progresivo de actividad física favorece el éxito en los programas de control de peso, lípidos e hipertensión arterial.



¿Sué tipo de actividad física es la aconsejada?

Entrenamiento Cardiovascular: el tipo de ejercicio aeróbico adecuado corresponde a un programa de bajo impacto como caminar, ir en bicicleta, ejercicio en agua a temperatura confortable (**Natación Terapéutica**). Generalmente se recomienda empezar el programa con ejercicios tres veces a la semana en días no consecutivos, pero si su afectación es muy importante te conviene empezar con ejercicio diario de menos duración e intensidad. Cuando aumentes la duración podrás reducir la intensidad. La duración puede ser de 15 minutos e ir progresando hasta 40 de forma progresiva. La intensidad debe establecerse en la zona comprendida entre el 60% y el 80% de la Fc. Máx y siempre estar controlada con un **pulsómetro**.

Entrenamiento de la fuerza muscular: debe realizarse con máquinas isotónicas mejor que pesos libres. No muchas repeticiones ni tampoco con mucho peso. Están desaconsejados los ejercicios de brazos si se trabajan por encima de la cabeza o llegar a los topes articulares. No es necesario trabajar tonificación más de 2-3 días por semana y superar el 50% de la intensidad, aunque es necesario que un **Entrenador Personal** especializado estudie cada caso en concreto.

Trabajo de flexibilidad: es importante que aprendas a realizar estiramientos que nunca deben ser máximos, se trata de hacer de forma repetida a lo largo del día pequeños ejercicios de estiramientos de varios grupos musculares. Comienza con estiramientos que no alcancen el máximo de lo que puedes hacer, manteniéndolo de 10 a 15 segundos. Poco a poco ve aumentándolo hasta 30-60 segundos.

En aquellas personas que nunca han realizado actividad física, es especialmente importante realizar un reconocimiento médico previo, estar bien asesorados y ser dirigidos por un **Entrenador Personal** al menos al comienzo del programa de entrenamiento.




ACTIVIDAD FÍSICA EN LA FIBROMIALGIA

Tel: 942 037 041
Avda. del Stadium 17 - Santander 39005
marisma@clubdeportivomarisma.com
www.clubdeportivomarisma.com





El Colegio de Médicos de Cantabria junto con el Club Deportivo Marisma muestran un ejemplo de prescripción de ejercicio acreditada por profesionales sanitarios con fichas de ejercicio. Los materiales facilitan, la prescripción de ejercicio, su implementación por monitores deportivos a los que acuden los ciudadanos o ser desarrolladas de forma libre por personas correctamente asesoradas. Se pueden descargar de la página web del colegio. Vemos un ejemplo: ejercicio físico y fibromialgia.

¿Qué es la fibromialgia?

Es una enfermedad de causa desconocida cuyo síntoma principal es el dolor crónico y generalizado que se localiza en zonas musculares, tendinosas y articulares. Está asociado a un fácil agotamiento asociado a otros síntomas como alteraciones del sueño, dolores de cabeza, depresión... Más mujeres que hombres padecen de fibromialgia, y es un trastorno común. Se da hasta en un 5% de la población. La intensidad del dolor puede fluctuar con el tiempo pero nunca desaparece y cuando la persona afectada por fibromialgia permanece inmóvil durante cierto período de tiempo, sus músculos se vuelven rígidos y dolorosos.

Si tengo fibromialgia ¿debo hacer ejercicio?

En la actualidad se está buscando una solución a las dolencias de los pacientes con fibromialgia desde diversos frentes, pero el que mejor resultado ha ofrecido en un mayor número de pacientes está siendo el trabajo con Programas de Ejercicio Físico Adaptado. El ejercicio gradual se ha demostrado eficaz en el tratamiento de la fibromialgia, pero debe ser efectuado bajo estrictas condiciones y siempre bajo supervisión de un especialista, puesto que uno de los síntomas es el aumento del dolor cuando sobrepasamos la actividad física recomendada. Esta circunstancia hace que el plan de ejercicio deba de estar orientado a la situación concreta de cada persona.

Es importante saber que los beneficios que aporta el ejercicio físico gradual se pierden pronto cuando cede su práctica y por ello, cualquier plan debe partir de la base del mantenimiento de la actividad en el tiempo. Un programa de ejercicios adecuado debe incluir un calentamiento, un programa de ejercicio cardiovascular y de fuerza muscular, y finalizar con una secuencia de estiramientos y relajación que tiene igual o mayor importancia que el resto de componentes de la sesión.

ACTIVIDAD FÍSICA EN LA FIBROMIALGIA

Entrenamiento Cardiovascular	
FRECUENCIA	Diaria/3 veces por semana
DURACION	2 sesiones de 20 / 30 minutos
INTENSIDAD	Ligera (60-80%)
TIPO DE EJERCICIO	Caminar, bicicleta... especialmente Natación.

Entrenamiento Muscular	
FRECUENCIA	2 - 4 veces por semana.
INTENSIDAD	50% del peso máximo
SERIES	1 ó 2 de cada principal grupo muscular del tronco, articulaciones inferiores y superiores.
REPETICIONES	15-20
CONSIDERACIONES	Pueden ser utilizados pesos libres o máquinas isotónicas.

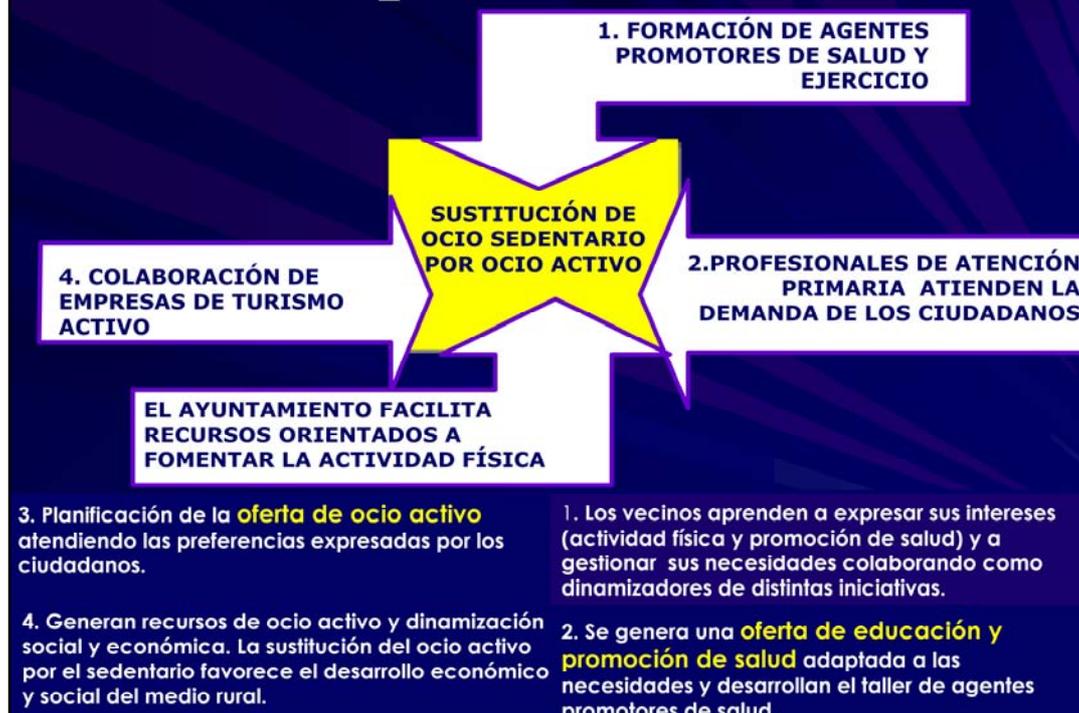
Entrenamiento de Flexibilidad y Relajación	
FRECUENCIA	Si es posible a diario, y varias veces al día
GRUPO MUSCULAR PREDOMINANTE	Estiramiento de los músculos implicados en el trabajo muscular de la sesión, y muy suaves en las zonas dolorosas. Finalizar con este tipo de ejercicios que aportan conciencia corporal

Consejos

- Comienza con una actividad mínima y haz pequeños incrementos semana tras semana.
- Procura no cargar pesos
- Te puede ayudar la aplicación de calor o la toma de algún medicamento analgésico prescrito por tu médico, antes de la sesión de entrenamiento.
- Finaliza el programa de ejercicios con unos minutos de relajación y toma conciencia corporal.
- Si puedes dividir la sesión de entrenamientos en dos momentos distintos del día, te vendrá bien para no permanecer mucho tiempo quieto y te resultará menos doloroso empezar a moverte.

Cada persona tiene unas características y requiere de un programa específico. Pónte en manos de profesionales. Lo ideal es inscribirte a un **Programa de Salud** en un centro deportivo especializado en programas personalizados.

PUEBLOS EDUCADORES, LA MOVIDA CULTU_RURAL



La **Carta Europea del Deporte** en su artículo 6 “*Fomento de la participación*”, se expresa en los siguientes términos: “*Será conveniente promover la práctica del deporte en el conjunto de la población, con fines de ocio, de salud o de mejora de rendimientos, poniendo a su disposición instalaciones adecuadas, programas diversificados y monitores, directivos o animadores cualificados*”.

En el ámbito estatal, la propia **Constitución Española** hace la siguiente referencia en su artículo 43.3: “Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte, asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

Y en el ámbito más cercano al ciudadano, el que compete a los municipios, la **Ley 7/1985 de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local** hace mención expresa sobre las competencias en este ámbito en diversos artículos:

Art. 25: “El municipio ejercerá, en todo caso, competencias, en los términos de la legislación del estado y de las comunidades autónomas en las siguientes materias:...

Prestación de los servicios sociales, promoción y reinserción social.

Actividades o instalaciones culturales y deportivas; ocupación del tiempo libre; turismo.”

Art. 25.1 “*El Municipio para la gestión de sus intereses en el ámbito de sus competencias, puede promover toda clase de actividades y prestar cuantos servicios públicos contribuyan a satisfacer toda clase de actividades y prestar cuantos servicios públicos contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal*”

Art. 26. “*Los Municipios, por sí o asociados, deberán prestar en todo caso los servicios siguientes:...c) En municipios de más de 20.000 habitantes, además: protección Civil, prestación de servicios sociales, protección contra incendios, instalaciones deportivas de uso público y mataderos*”

Art. 28. “Los Municipios pueden realizar actividades complementarias de las propias administraciones públicas y, en particular, las relativas a la educación, la cultura, la promoción de la mujer, la vivienda, la sanidad y la protección del medio ambiente”

Pueblos educadores

LA MOVIDA CULTU-RURAL.

Evaluación 2008. Jábaga (Cuenca) 190 vecinos
15 actividades > 300 participantes

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA AGENTES
PROMOTORES DE SALUD Y EJERCICIO



DEPORTES POPULARES Y
TERAPIAS NATURALES
TAI CHI, QI QONG



TÚ PUEDES SER ATLETA



EL DÍA DE LA RUEDA
CICLISMO EN PISTA
CICLISMO DE MONTAÑA
CICLOTURISMO
CICLISMO DE CARRETERA



EL DÍA DEL BALÓN: CLUB DEPORTIVO FN
JABAGASACVED.ES



EL DÍA DE LA RAQUETA. PING PONG, FRONTÓN,
TENIS, PALAS DE PLAYA

Por otra parte en el Real Decreto de Cartera de Servicios 2006 señalaba como obligación de las administraciones públicas con competencias en salud a prestar servicios de *Promoción de la salud y prevención de las enfermedades y de las deficiencias* con las siguientes iniciativas:

3.1 Programas intersectoriales y transversales de promoción y educación para la salud orientados a la mejora de los estilos de vida.

3.2 Programas de carácter intersectorial de protección de riesgos para la salud y prevención de enfermedades, deficiencias y lesiones.

3.3 Programas transversales de protección de riesgos para la salud, de prevención de enfermedades, deficiencias y lesiones, y de educación y promoción de la salud, dirigidos a las diferentes etapas de la vida y a la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, lesiones y accidentes.

3.4 Programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a grupos de población con necesidades especiales y orientados a eliminar o reducir las desigualdades en salud.

3.1 Prevención y promoción de la salud.

3.1.1 Promoción y educación para la salud: Comprende las actividades dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a formas de vida saludables, así como a promover el cambio de conductas relacionadas con factores de riesgo de problemas de salud específicos y las orientadas al fomento de los autocuidados,

incluyendo:

a) Información y asesoramiento sobre conductas o factores de riesgo y sobre estilos de vida saludables.

b) Actividades de educación grupales y en centros educativos.

Puesto que además las regulaciones de los Consejos de Salud de Zona de distintas autonomías establecen que éstos deben de contar con representación de ciudadanos, representantes municipales y profesionales de atención primaria. Por lo tanto parece lógico que los programas de carácter intersectorial se impulsen desde los Consejos de Salud. Con esto se garantizaría gracias a la colaboración de asociaciones, municipios y profesionales de atención primaria, y puesto que los profesionales de atención primaria llegan a todos los municipios y domicilios de nuestro país el acceso a programas de promoción de salud y actividad física.

EL DÍA DE LA RUEDA

Pueblos educadores. Jábaga (Cuenca)

TALLER DE SEGURIDAD VIAL

+

CICLISMO EN PISTA

CICLISMO HABILTY

CICLOTURISMO



PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA FUENTENAVA DE JÁBAGA

FICHA DEPORTIVA

FICHA DEPORTIVA	
APELLIDOS Y NOMBRE	
DIRECCIÓN POSTAL	
TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO	
AÑO DE NACIMIENTO	
DORSAL	

(CAMPOS OPCIONALES) RELLENA EL QUE CREAS CONVENIENTE PARA RECIBIR INFORMACIÓN PERSONALIZADA DE LAS ACTIVIDADES QUE VAMOS A ORGANIZAR, O DÉJALO EN BLANCO (SUGERENCIA ANÓNIMA)

PUNTUA DE 1 A 5 TU INTERÉS POR LOS SIGUIENTES DEPORTES:		
1	ATLETISMO: CARRERA, SALTO,...	
2	CICLISMO EN CARRETERA	
3	CICLISMO EN PISTA	
4	CICLISMO DE MONTAÑA	
5	CICLOTURISMO	
6	TENIS	
7	BADMINTON	
8	FRONTENIS	
9	PING PONG	
10	BALONMANO	
11	FÚTBOL	
12	BALONESTO	
13	ESCALADA	
14	SENDERISMO	
15	PARAPENTE	
16	NATACION	
17	AEROBIC, PILATES, GIMNASIA RÍTMICA,...	
18	BAILERÍA DE SALÓN	
19	DEPORTES POPULARES: PETANCA, VILLA,...	
20	JUEGOS DE MESA	
21	TIRO OLÍMPICO	
22	BALÓN-VOLEA (VOLEIBOL)	

OTRA SUGERENCIA.....

ENTREGA LA ENCUESTA EN EL BUZÓN DE SUGERENCIAS DEL AYUNTAMIENTO
TU APORTACIÓN SERÁ IMPORTANTE PARA LA PRÓXIMA
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS DEL PUEBLO

El programa se desarrolla de forma experimental en Fuentenava de Jábaga, en el primer año de prueba más de 300 personas han participado en las 15 actividades ofertadas. Muchas de ellas ofertaban conjuntamente programas de educación para la salud y realización de actividad física (seguridad vial + día de la rueda, desayunos saludables + una carrera popular como terapia, Juego limpio, no fracase a golpes (contra la violencia social) + el día de la raqueta, disciplina saludable (escuela de padres) + el día del balón, disfrutar sin arriesgar (prevención de riesgos en la adolescencia) + deportes de aventura) o solamente de ocio activo (bailes de salón, cicloturismos, senderismo...).

Disfrutar sin arriesgar. El deporte es una aventura. adolescentes

Programa de sustitución de ocio sedentario por ocio activo para adolescentes. Pueblos Educadores. Cuenca



Practicar actividad física y turismo activo en el medio rural es bueno para tu salud, es bueno para nuestros pueblos. Colabora con la sostenibilidad y desarrollo del medio rural.

Pueblos educadores
la movida cutlu_rural

Un compromiso con el mundo rural, la promoción de la salud, el desarrollo sostenible, el ejercicio físico y el deporte de sacyed.es
Programa de Salud Comunitaria y Educación para el Desarrollo

Diego J. Villalvilla Soñá
Lucía Navarro Córcoles
Jesús Ruiz Huerta
Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria ACAMEC.

La movida cultural

Escuela municipal de salud

Escuela Deportiva Municipal de Fuentenava de Jábaga

ESCUELA DE SALUD:
CURSO DE PREVENCIÓN Y PRIMEROS AUXILIOS
AGENTES PROMOTORES DE SALUD Y EJERCICIO
CUIDADOS DESDE LA INFANCIA A LA ANCIANIDAD
TERAPIA TRADICIONAL SANADORA
HUMANISMO SANADOR
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

ESCUELA PARA:
ACTIVIDADES DEPORTIVAS
CINE DE VERANO
ACTIVIDADES INFANTILES
TALLERES DE CREATIVIDAD

La combinación de aportaciones de asociaciones de vecinos, recursos municipales, conocimientos científico-técnicos de profesionales sanitarios y la colaboración de asociaciones deportivas y empresas de aventura han permitido que este municipio de menos de 400 habitantes obtengan el premio del Programa de Actividades Comunitaria en Atención Primaria que otorga la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Es además sede de las actividades de deporte escolar de Cuenca en las que participan miles de niños de la provincia. Fuentenava de Jábaga ha estado presente en FITUR como "Pueblo Educador" y ha sido reconocido su esfuerzo por fomentar el ocio activo en detrimento del ocio sedentario como una de los mejores aportaciones para la calidad de vida de vecinos y visitantes así como para el desarrollo social y económico de la comarca.



Las asociaciones deportivas son un instrumento comunitario estratégico fundamental en las políticas de fomento de actividad física. Es necesario contar con ellas en las estrategias de implantación de programas de promoción de actividad física y salud. Hemos tomado como ejemplo El Club Atletismo Cuenca que colabora con profesionales sanitarios en programas de promoción de actividad física y salud. El club colabora en proyectos de ejercicio físico para todos (sin olvidar a las personas con discapacidad) y promoción de ejercicio físico en la escuela.

Ultimas descargas

- XXVI C.P. El Caño 2009
- Resultados Correquijotes 2008
- Folleto Oficial XXII Hoz del Huécar 2009
- III C.P. Torrubia 2009
- Resultados Villanueva 2008

TagNube

antes atletismo año años campeonato carrera carreras castilla centro circuito club comercial corredor corredores cuenca

Martes 07 de Abril de 2009 21:23

Organización eventos: Una carrera popular como terapia Programa "Deporte para todos" Proyecto "ASACO"

Conferencia "Promoción de actividad física y salud"

más numerosos en este gran evento que reúne a casi quince mil participantes . Este año la salida iba a estar instalada en el Retiro, corazón de Madrid y sitio ideal para ubicar toda la organización de la prueba. Los cuarenta y cinco corredores del club iban a afrontar el reto de los 21 kilómetros por las calles de Madrid lo que hacen de esta

Encuestas

Tu opinión sobre la nueva página

Me gusta

No me gusta

Me gusta mucho

Regular

Mejorable

Más útil y práctica

Votar Resultados

I CROSS PINAR DE JÁBAGA. Ejercicio en Escolares. Deporte Escolar JCCM. & Club Triathlon Hoces de Cuenca.

- Enero, 2009
- Diciembre, 2008
- Noviembre, 2008
- Octubre, 2008
- Septiembre, 2008
- Agosto, 2008
- Julio, 2008
- Junio, 2008
- Mayo, 2008
- Abril, 2008
- Marzo, 2008
- Febrero, 2008

ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Pueblos educadores

Una carrera popular como terapia

CIRCUITO DIPUTACIÓN DE CUENCA



CARRERA ROMPEPIERNAS III Corricolari
Ven a Rubielos. No te fallaremos.

» POR DAVID HERNÁIZ

"Dicen que todos llevamos un Quijote dentro y que cuando alguna locura se nos mete en la cabeza somos capaces de casi todo por llevarla a cabo... (Y si encima eres de La Mancha como yo...) ¡Pídelo!, me llamo David y lo que voy a pedir a continuación parecerá una locura pero, al menos, tengo que intentarlo. Soy el organizador de una carrera popular (hay miles de ellas en nuestro país) que tiene lugar en la localidad de la manchuela cuencana de Rubielos Bajos el día 6 de diciembre (Día de nuestra Constitución). Y ya he conseguido parte de mi locura:

- » Que vengan más de 400 atletas populares a un pueblo de 280 habitantes (el año pasado vinieron 219 y las críticas fueron excelentes en todos los aspectos).
- » Que sea la carrera con más participantes de toda la provincia después de Cuenca capital (más que Tarancon, San Clemente, Quintanar del Rey, Molilla del Palancar, etc.).
- » Que publiquen un artículo, ya nivel nacional, en la revista "Corricolari".
- » Que todos los pueblos como el "gran caudillo" tengan lugares premios.
- » Que todo el pueblo se vuelque con el evento (y que nadie se enfade!) hasta el punto de ofrecer su casa para que se duchen los atletas, ya que no tenemos duchas públicas.
- » Que las empresas de la comarca, en momentos de crisis, apuesten por este evento y sean "muy generosas".
- » Que mucha gente, después de la edición del año pasado, conozca Rubielos Bajos gracias a la carrera (porque participó o porque ha oído las buenas críticas).

A lo mejor todo esto no es un gran logro, ni muchísimo menos. Pero sí es mi "locura". Y me falta un último pedacito. Que todo esto tenga un eco en la prensa. No por mí, nada más lejos de la realidad. Por pueblos como el mío destinados malamente a desaparecer, por mi gente que es acogedora y agradecida al extremo, por esas pequeñas empresas de la comarca que lo están pasando un poquito mal en estos momentos. Porque también nos lo merecemos y queremos nuestro minuto de gloria.

Mediante distintos programas la Federación Española de Municipios y Provincias (munideporte) busca un mayor compromiso de líderes municipales en la promoción de la actividad física. Muchos municipios (vemos el ejemplo de Rubielos en Cuenca) consiguen contribuir a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos y a la promoción turística y desarrollo socioeconómico de la comarca.

Para conocer las iniciativas de los municipios en materia de promoción de actividad física

Deporte para todos en munideporte.com



Buscador de noticias

Secciones:

- Actividades - Eventos
- Actualidad
- Encuestas
- Revista <Deportistas>
- Artículos
- Deportistas Digital
- Entrevistas
- Informes Deportistas

¡YA puedes anunciarte en Munideporte.com para entidades y empresas

CLUB DE LOS TÉCNICOS

Ventajas del Club

REGISTRATE AHORA Y PARTICIPA

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAS

Teletipio

04/03/2009

Apúntate al Club de los Técnicos y disfruta de todas sus ventajas. Todo el deporte de Madrid, en www.deportemadrid.com



LAS NOTICIAS DEPORTIVAS DE TU COMUNIDAD AUTÓNOMA

Secciones: Actualidad

02/03/2009 EL 12 DE MARZO, EN MADRID

III Convención NAOS

¡come sano y muévete!

involucrados en el desarrollo de la Estrategia NAOS, siguiendo la filosofía que la ha guiado desde su creación: integrar todas las acciones que contribuyan a sus fines. Munideporte.com le ofrece el programa.

OTRAS NOTICIAS

- Las pruebas de esfuerzo, siempre con supervisión médica
- Resultados campeonato de España sub-13 y sub-17 de Squash
- Victorias a pares del Alcorcón Arena femenino
- Estudio Social "Deporte, Salud y Calidad de Vida"

Municipios:

Seleccione Municipio

Provincias:

Seleccione Provincia

Diputaciones:

Seleccione Diputación

Participa:

Registre su municipio y participe publicando información deportiva:

+ Añadir Municipio

+ Publicar Información

Munideporte es un servicio de:

FEMP FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAS

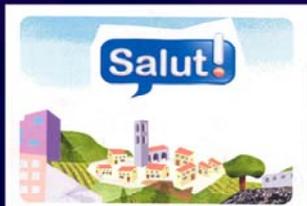
DEPORTE DE MADRID EN MUNIDEPORTE.COM

FMM FEDERACIÓN DE MUNICIPIOS DE MADRID

Trabajo comunitario y televisión

Tarrés Nogués M. Trabajo Comunitario y televisión. Revista Enfermería Comunitaria Vol. 4 nº 1 . 2008.

Magda Tarrés Nogués . Enfermera comunitaria del Centro de Salud de Santa Eugenia de Berga presentadora de televisión Salut! En TV3



De izquierda a derecha: Magda Tarrés, enfermera, Jordi Slesakhiher, médico salud laboral y Montserrat Baré, médico de familia

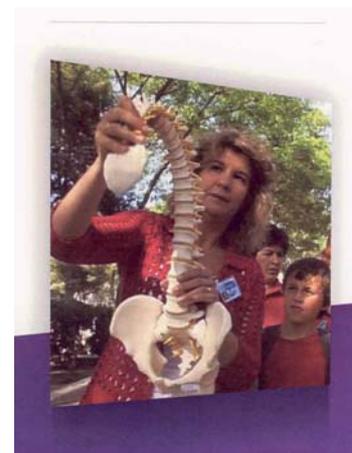
Actualmente se está emitiendo en la televisión pública de Cataluña la segunda edición de *Salut!* Este programa inició su andadura el pasado 7 de octubre de 2007 y hasta la fecha tiene una buena aceptación por parte del público.

El programa consta de 13 capítulos, de 25 minutos cada uno, monotemáticos que abordan temas de interés general para la población, como ejercicio físico, lumbalgia, la obesidad (adultos y niños), la diabetes, las alergias respiratorias, los trastornos del sueño, el cáncer de mama y de piel, etc.

En el programa participan, desde su inicio, Magda Tarrés (Enfermera familiar y comunitaria), Jordi Slesakhiher (médico especialista en medicina laboral), y Montserrat Baré (médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria), el ejemplo que dan de trabajo en equipo y compartir las mismas ideas y conceptos básicos de promoción y prevención de la salud son parte de su éxito

Las distintas campañas de comunicación social que se desarrollan (folletos, carteles...), apoyan las intervenciones de promoción de salud. Su eficacia radica en la posibilidad de trasladar el mensaje a grupos extensos de población. Cada vez más televisiones autonómicas y nacionales disponen de espacios en los que se desarrollan intervenciones de promoción de actividad física o fomento y transmisión de eventos relacionados con prácticas de deporte popular.

Destacamos el programa de la televisión autonómica de Cataluña ya que son los propios profesionales de atención primaria los conductores del programa de televisión.





Actividad física en la escuela:

una estrategia saludable contra el fracaso escolar.

¿Qué requisitos son exigibles en un proyecto educativo para que un centro educativo sea transformado en una escuela promotora de salud?

Existe evidencia considerable que indica que existe una asociación positiva entre la actividad física regular y el rendimiento académico (WHO, 1996. Symons, 1997). En líneas generales, los niños y los adolescentes de los países desarrollados tienen muy poca actividad física. Esto es cada vez más patente en la enseñanza secundaria, donde la actividad física espontánea suele reducirse a la mitad (Hechinger). Existe evidencia concluyente que indica que las intervenciones de promoción de salud basadas en los centros de enseñanza dirigidas a la actividad física redundan en resultados positivos cognitivos, sociales, conductuales y, en algunos casos biológicos, (p.e. reducción de peso y masa grasa) si:

- La intervención es integrada y de amplio alcance, dedica tiempo del plan de estudios a la actividad física, las políticas alientan la participación y existe colaboración con los proveedores locales de deportes y recreación.

- Personal convenientemente formado dirige el programa.

- Se asigna tiempo suficiente (aproximadamente 60-120 minutos por semana en horario lectivo) y existen instalaciones / recursos de calidad. Lo ideal sería que la oferta lectiva sumada a la extraescolar del centro educativo facilitase la práctica de 60 minutos de actividad física).

- La intervención se realizará regularmente durante todas las semanas.

(WHO, 1996, Perry, 1992, Killen, 1988, Vandogen, 1995, Dwyer, 1983, Shephard, 1990)

Enfermería comunitaria: queremos mejorar, la eficacia de la educación para la salud en la escuela

Análisis del (lento) desarrollo de la Red de Escuelas Promotoras de Salud 1995 -1998



Sabemos hacerlo...

Centro de Investigación y Documentación Educativa

www.mepsyd.es/cide/

Desde sacyed.es asesoramos para facilitar la transformación de centros educativos en escuelas promotoras de salud.

Actualmente son muchos los que piensan que, para que una escuela pueda ser así denominada, es necesario que toda la comunidad educativa adopte, como compromiso, un planteamiento innovador, integrador y holístico a la promoción de la salud para tratar de desarrollar finalmente estilos de vida en un ambiente favorable a la salud. Plantea las posibilidades que tienen las escuelas de instaurar un entorno físico y psicosocial, saludable y seguro

La Escuela Promotora de Salud reconoce que la EpS no se hace sólo a través del currículo escolar sino «por el apoyo mutuo que se prestan la escuela, la familia y la comunidad» [Metcalf: 1995]. Concebir la escuela como un centro difusor de salud, requiere una estrecha relación con las familias (consultando, informando e implicando a los padres) y una coordinación e interacción intensa con la comunidad. La colaboración en proyectos comunitarios, que no son exclusivamente escolares pues no nacen ni mueren en la escuela, la consideración del alumnado como agentes activos de salud, y la participación de todas las personas relacionadas con el ámbito escolar en configurar un ambiente social saludable son, quizás, las notas más identificativas de estos centros.

Una de las características del abordaje es la posibilidad de desarrollar iniciativas por cualquiera de los actores que pueden establecer relaciones en el entorno de la comunidad escolar: profesionales sanitarios, padres, profesores y alumnos.

En el ámbito de la promoción de la actividad en la escuela ya hemos explicado que condiciones creemos se debería dar para que un centro educativo fuese reconocido como escuela (desde escuela infantil a universidad). La posibilidad de incluso poder disponer de las instalaciones deportivas de los centros educativos los días festivos para la sustitución del ocio sedentario por ocio activo es algo que muchos defendemos. El análisis de implantación de 1995 a 1998 de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud en España demostraba que el desarrollo del proyecto es lento, quizá falta liderazgo, quizá los profesionales de enfermería comunitaria podríamos ejercer ese liderazgo puesto que la actual cartera de servicios de atención primaria reconoce la prestación de promoción de salud en centros educativos.

ESTUDIO CUENCA:
REDUCIR RIESGO CARDIOVASCULAR DESDE LA INFANCIA

Martínez Vizcaino V, Sánchez López M, Moya Martínez P, Solera Martínez M, Notario Pacheco B, Salcedo Aguilar F, Rodríguez-Artalejo F.

The Cuenca Study. *Public Health Nutr.* 2008; 27:1-4

El Estudio Cuenca se ha convertido en una referencia en España y también el ámbito internacional para justificar las estrategias de promoción de actividad física en el ámbito escolar.

Se seleccionaron 20 colegios de Educación Primaria de la provincia de Cuenca, que tuvieran un curso completo de 4º y otro de 5º. Estos se dividieron al azar en dos grupos: 10 colegios al grupo de intervención, en el que se realizó un programa de actividad física de tiempo libre (Movi); y los otros 10 colegios al grupo control, en el que se siguió con su actividad habitual.

En todos los colegios se llevaron a cabo 3 mediciones, una medición basal en octubre de 2004, una segunda en mayo de 2005 y la última en mayo de 2006, donde se determinaron las siguientes pruebas a todos los niños que aceptaron participar: Peso, Talla, IMC, % grasa corporal, Grosor del pliegue cutáneo tricipital, Perfil lipídico (colesterol total, triglicéridos, Apo A-I, Apo B,...), Presión arterial sistólica y diastólica, Calidad de vida (determinada mediante cuestionario [CHIP-CE](#)), Nivel de actividad física (CAF-PE), Condición física, Gasto calórico

Una vez analizados los datos del primer año se muestra que el programa :

1. Ha sido efectivo para reducir la tasa de sobrepeso/obesidad un 6% en las niñas y un 2% en los niños.
 2. Ha sido efectivo para mejorar el perfil lipídico.
- . Por último, nuestro proyecto ha demostrado que este tipo de programas es factible, tiene buen seguimiento y un coste razonable.



¿Cuáles son los principios de una Escuela Promotora de Salud?

El centro educativo asume en su proyecto educativo los siguientes criterios:

1. Promover de manera activa la autoestima de todo el alumnado, potenciar su desarrollo psicosocial y capacitar al alumnado para que puedan tomar sus propias decisiones.
2. Aprovechar toda ocasión de mejorar el entorno físico del centro educativo, mediante la elaboración de medidas de salud y seguridad, el seguimiento de su aplicación e implantación.
3. Fomentar lazos sólidos entre el centro, la familia y la comunidad.
4. Establecer relaciones de colaboración entre los centros de educación primaria y secundaria asociados para desarrollar programas coherentes de educación para la salud.
5. Conferir al profesorado un papel de referencia para las cuestiones relativas a la salud y potenciar su papel protagonista en educación para la salud, facilitándole la formación adecuada en promoción de salud.
6. Aprovechar el potencial educativo de los diferentes servicios de salud como apoyo al programa de educación para la salud, fomentando la responsabilidad compartida y la estrecha colaboración entre los servicios educativos y sanitarios.
7. El currículo en promoción de salud debe proporcionar oportunidades para aprender y comprender, así como para adquirir hábitos esenciales de vida, y debe adaptarse a las necesidades tanto actuales como futuras.

Más información en

SARES - HUESCA
Avenida del Parque, 30
22071 Huesca
Teléfono: 974 293 954
Fax: 974 293 232
E-mail: eps@aragon.es

SARES - TERUEL
C/ José Torán, 2
44071 Teruel
Teléfono: 978 641 160
Fax: 978 641 181
E-mail: eps@aragon.es

SARES - ZARAGOZA
C/ Ramón y Cajal, 68
50071 Zaragoza
Teléfono: 974 715 267
Fax: 974 715 640
E-mail: eps@aragon.es

ENLACES DE INTERES

Salud Pública. Gobierno de Aragón:
www.saludpublicaaron.es

Departamento de Educación, Cultura y Deporte:
www.educaragon.org

Red de Escuelas Promotoras de Salud en España.
CIDE. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte:
www.mepsyd.es/cide/jsp/plantilla.jsp?id=reeps

Red de Escuelas para la Salud en Europa:
www.schoolsforhealth.eu

Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud:
<http://www.cepis.ops-oms.org/sda/ops-sde/by-escuelas.shtml>

Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud



ALGUNAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS INTENTAN FAVORECER SU DESARROLLO

Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud

¿Qué es una Escuela Promotora de Salud?

Es un centro educativo que prioriza en su proyecto educativo la promoción de la salud y facilita la adopción, por toda la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud. Incluye el modelo de organización del centro, la actuación frente a los determinantes de la salud (alimentación, actividad física, salud emocional, consumos, ambiente), la programación educativa relacionada con la salud, las relaciones del centro con su entorno y la promoción de las competencias del alumnado basándose en las habilidades para la vida.

¿Qué es la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud?

Es la Red que integra a aquellos centros educativos aragoneses acreditados como escuelas promotoras de salud.

¿Qué centros pueden solicitar la acreditación como Escuelas Promotoras de Salud?

Todos los centros educativos de Aragón sostenidos con fondos públicos que impartan enseñanzas de educación infantil (segundo ciclo) y primaria, educación secundaria y educación de personas adultas.

¿Cómo puede un centro solicitar la acreditación como Escuela Promotora de Salud e integrarse en la Red?

Solicitándolo mediante la convocatoria del Departamento de Salud y Consumo, por la que establece

la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud y se convocan las subvenciones de 2009 (BOA 30-octubre-2009) cuya finalidad es acreditar a los centros educativos que han priorizado en su proyecto educativo la promoción de la salud de la comunidad escolar e integrarlos en la Red.

Los centros educativos que deseen solicitar su integración en la Red deben cumplimentar el cuestionario de solicitud que figura en el anexo de la convocatoria y aquellos que reúnan los requisitos establecidos serán acreditados como Escuelas Promotoras de Salud por la Comisión Mixta para la Promoción de la Salud de los Departamentos de Salud y Consumo y Educación, Cultura y Deporte y quedarán adscritos a la Red.

¿Cuáles son los requisitos básicos para que un centro pueda ser acreditado como Escuela Promotora de Salud?

1. Compromiso del centro para ser una escuela promotora de salud por un periodo de tres años renovable apoyado por el Claustro de Profesores y por el Consejo Escolar.
2. Integración de la promoción de la salud en la dinámica del centro: un análisis de las necesidades y problemas de salud de la comunidad escolar, reflexión y propuesta de actuaciones coherente.
3. Experiencia previa de promoción de la salud, al menos durante el curso escolar 2007-08.
4. Formación de un equipo de trabajo con un coordinador. Al menos un 25% del profesorado y del alumnado del centro deben estar implicados en las actuaciones de promoción de la salud.

5. Relación del centro con su entorno promoviendo la participación de las familias en las actuaciones de salud y potenciando cauces de colaboración con los profesionales sociosanitarios y otros recursos del entorno escolar.
6. Sistemática de evaluación y calidad de las actuaciones valorando los procesos y resultados de promoción de la salud de forma integrada en el sistema de evaluación del centro.

¿Qué ofrece la RED a los centros?

- Acreditación como Escuela Promotora de Salud y homologación de acuerdo a los criterios impulsados por la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud.
- Subvención económica del Departamento de Salud y Consumo para apoyar las actuaciones específicas de cada centro.
- Asesoramiento y seguimiento por parte de la Comisión Mixta Salud - Educación.
- Recursos y materiales didácticos de educación para la salud de la Dirección General de Salud Pública.
- Participación en actividades de intercambio de experiencias y formación.
- Acreditación de formación al equipo de trabajo del centro educativo, hasta tres créditos al coordinador y dos al profesorado participante.

JORNADAS DE PROMOCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD



JORNADAS DE SALUD: ANALIZANDO EL RETO DE LA ACCION INTERSECTORIAL



Imagen de una de las primeras conferencias de promoción de actividad física y salud que organizamos en jornadas de salud. El encuentro entre educadores, sanitarios, deportistas, asociaciones y responsables favorece la sensibilización la formación y la puesta en marcha de iniciativas. La Fundación Deporte Joven es un ejemplo de liderazgo en sensibilización aunque su colaboración con profesionales de la educación y la salud no es tan conocida como su mejor representante el OSO BERNI

Educadores, políticos, deportistas, sanitarios



JORNADAS DE SALUD COMUNITARIA: GENERAR ESPACIOS PARA COMPARTIR Y COLABORAR.

ASOCIACIÓN CASTELLANO MANCHEGA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA. CUENCA.

FORO GANA SALUD Comunidad de Madrid

"Actividad física, factor clave en la calidad de vida"

español - english

Accesos para Registrarse:

- Instituciones
- Personas físicas
- Registro express a boletines

EM La Suma de Todos Comunidad de Madrid www.madrid.org

Área de interés común

- Presentación y bienvenida
- Punto de partida
- Organización
- Declaración de Madrid
- Biblioteca
- Convocatorias
- Sala de prensa

Destacados

- Decálogo del Deportista Saludable**
- Declaración de Madrid por el Fomento de la AF**
- Adhesión de Instituciones a nuestro compromiso**
- Plan de Formación Continua enformate.org
- Embajadores de la Salud Activa

Proximas convocatorias

- Puesta en marcha del "Plan Regional para el Fomento de la Actividad Física"
- Su Institución puede unirse a nuestro **compromiso por el fomento de la AF** y colaborar en proyectos
- 3ª edición del plan de Formación Continua de la Dirección General de Promoción Deportiva

Noticias

- Los españoles cada vez practican menos deporte ... 24.02/2009
- Éxito de participación en el Encuentro de Comités ... 10.02/2009
- Conclusiones en el Encuentro de Comités del Foro ... 30.01/2009

Comité Asesor Internacional

- Compuesto por especialistas mundiales de la Actividad Física y la Salud.

Áreas de trabajo

- Serv Sanitarios y AF Saludable
- Centros de Medicina Deportiva
- Gestión de Servicios Deportivos
- Educación para la Salud
- Políticas Deport y AF Saludable

AF y Salud en la Iniciativa Privada | Deporte y Discapacidad | AF y Alimentación saludable | AF y Salud Social | Especiales de Salud

RECURSOS EN LA RED

adepts25 **Educación para la Salud** fundadeps

El 25 de marzo comienza el V Curso de Formación Continuada en Medicina y Sexología

El curso otorga 6,2 créditos de la Comisión de Formación Continuada de la Agencia Laín Entralgo. Se desarrollará en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid entre el 25 de marzo y el 1 de abril. Más información.

Inicio

[Quiénes somos](#)

[Programas](#)

[Formación](#)

[Campañas](#)

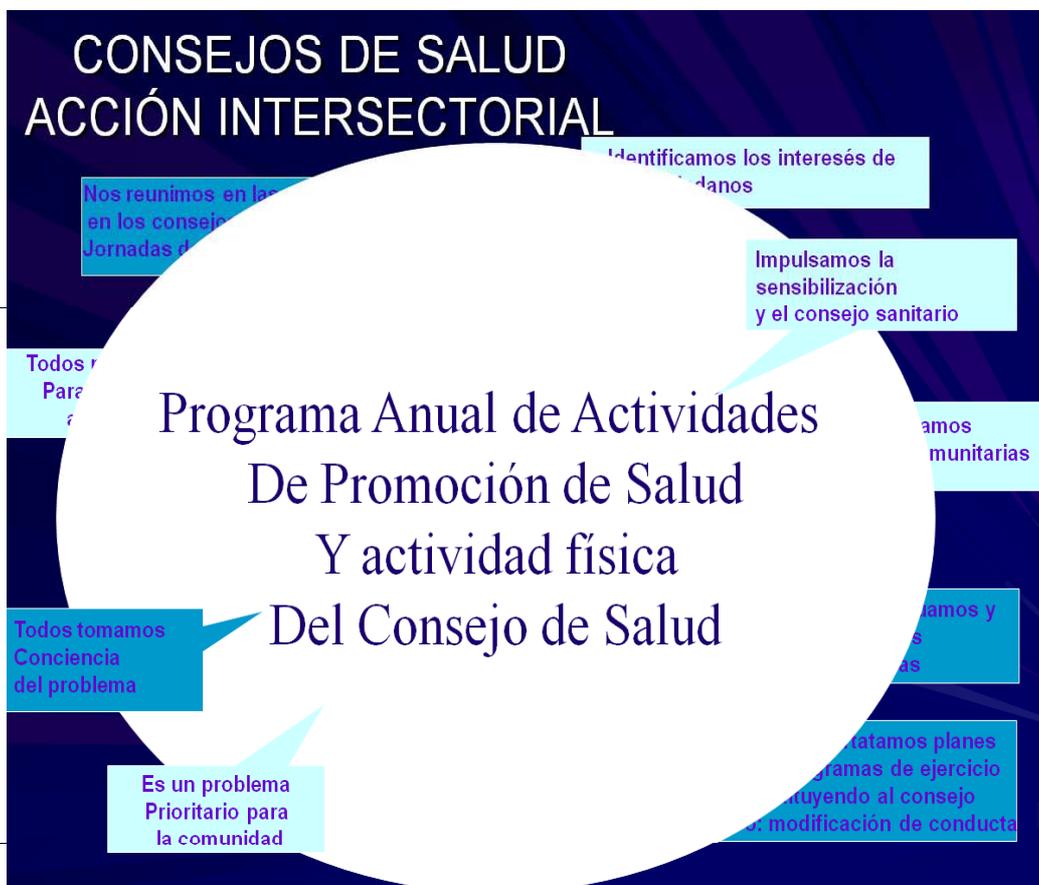
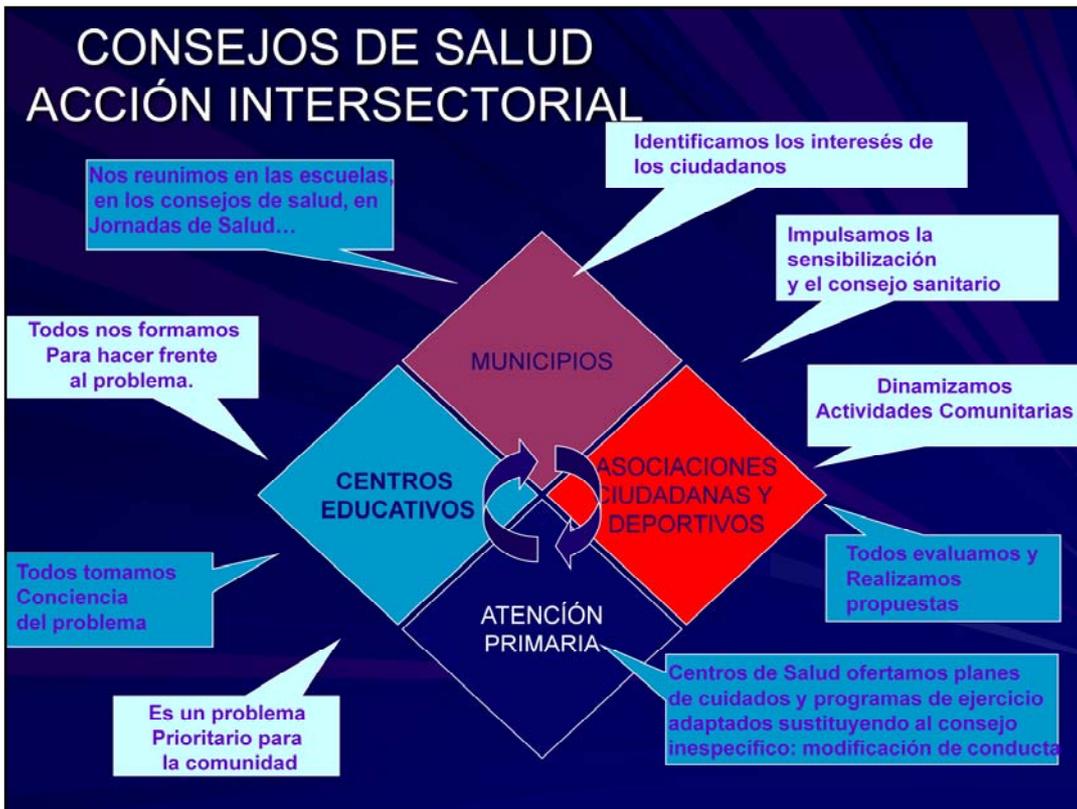
[Documentación](#)

[Internacional](#)

[Observatorio de la Salud](#)

[Enlaces](#)

19 elementos) Descargando imagen <http://www.fundadeps.org/images/banners/>



Consejos de Salud. Puente de Vallecas Palomeras – San Diego – Madrid Sur

The image shows two digital assets. On the left is a screenshot of the Sacyed.es website. The header features a red background with a white logo of a hand holding a flame, and the text 'SACYED.ES SALUD COMUNITARIA Y EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO'. Below the header is a navigation menu with items like 'Inicio', 'Noticias', and 'Programas de sensibilización'. A central section titled 'Servicios Comunitarios de Salud' lists various services such as 'Educación para la salud on line', 'Campañas de sensibilización', and 'Programas de formación'. On the right is the cover of a magazine titled 'CONSEJO DE SALUD Palomeras – San Diego – Madrid Sur'. The cover features a blue-tinted photograph of a fountain and the slogan 'LA SALUD ES RESPONSABILIDAD DE TODOS'.

Acción intersectorial y promoción de salud desde los consejos de salud de zona.

Sacyed.es se define como una actividad comunitaria que tiene como objetivo facilitar a los ciudadanos y profesionales de la comunidad en la que nos integramos el trabajar conjuntamente para adoptar estilos de vida saludables y afrontar de forma eficiente los problemas de salud. Ciudadanos y profesionales colaboramos en el desarrollo de proyectos de promoción para la salud y educación para el desarrollo. El modelo de gestión experimental que desarrolla se puede ver en la presente página web. Actualmente se desarrollan proyectos en España (Madrid y Castilla la Mancha) y en varios países Iberoamericanos. El objetivo de nuestra web es compartir nuestros recursos para que puedan ser desarrollados en proyectos con similares objetivos. El Programa de Salud Comunitaria y Educación para el Desarrollo (sacyed.es) se desarrolla en el marco del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (P.A.C.A.P), de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

En el programa de intervención de sacyed.es se incluye una estrategia de promoción de actividad física y salud que promueve la formación continuada de los profesionales, campañas de comunicación social (con difusión con carteles y folletos en los centros de salud), programas de prescripción individual de ejercicio físico e intervención familiar y comunitaria (actividades comunitarias) orientadas a la promoción de actividad física.

Desarrolla un programa de apoyo a las actividades grupales de educación para la salud que se imparten en los centros de salud (educación para la salud on line) que prioriza la prevención primaria y la prevención secundaria y terciaria. Especialmente en pacientes con dolor de espalda, poliartrosis, enfermedad pulmonar crónica y rehabilitación cardiovascular. Lo innovador de la iniciativa es que responde a una iniciativa liderada desde la base (por ciudadanos y profesionales que participan en los consejos de salud).

Rehabilitación domiciliaria

Numerosos estudios de coste efectividad la recomiendan, mejora la calidad de vida, retrasa y previene la dependencia



“inmovilizado”
¿sedentario?



```

graph TD
    E[ENFERMEDAD  
(daño fisiopatológico)] --> D[DETERIORO  
(afectación de órganos y sistemas)]
    D --> I[INCAPACIDAD  
(repercusión en el funcionamiento diario)]
    I --> DE[DEPENDENCIA  
(adaptación al entorno)]
    E --> DE
    GS[Grado de fragilidad subyacente] --> D
    RS[Recursos sanitarios  
(Formación, Rehabilitación, unidades geriátricas, etc.)] --> I
    RES[Recursos y entorno social] --> DE
    D --> VI[VALORACIÓN INTEGRAL]
    I --> VI
    DE --> VI
    E --> VI
    VI --> LP[LISTA DE PROBLEMAS]
    LP --> PCT[PLAN DE CUIDADOS Y TRATAMIENTO]
  
```

Los pacientes “inmovilizados” también tienen derecho a una prescripción de ejercicio físico realizada por un especialista y reforzada por un equipo multidisciplinar y la propia familia tras haber recibido todos la formación adecuada.

There’s no place like home (“no hay nada como el hogar”): con este original título aparecía publicado un artículo sobre rehabilitación en el Journal of the American Heart Association, en abril de 2000, en referencias a un estudio comparativo sobre las mejoras obtenidas mediante rehabilitación domiciliaria frente al tratamiento en un centro asistencial y cuyos resultados eran claramente favorables a la alternativa domiciliaria. “La gente quiere ser capaz de subir escaleras, entrar en su cuarto de baño, andar por el patio de su casa o volver a cuidar su jardín”, afirman los artículos de este artículo. El hecho de establecer objetivos de ejercicio físico en el propio domicilio del paciente permite que éste se familiarice con ellos y experimente una reacción más favorable, especialmente en aquellos casos en los que las personas tienen una discapacidad que les limita salir fuera de su domicilio.

En 1987 el Institut Catalá de la Salut puso en marcha una experiencia piloto. Y es en el marco de la reforma de la atención primaria en Cataluña (Decreto 84/1985, de 21 de marzo) donde la atención domiciliaria se contempla como una de las funciones del equipo de atención primaria (programa ATDOM, 1994). Además diversas publicaciones demuestran su coste-efectividad, sin embargo la accesibilidad actual en la mayor parte de las comunidades autónomas es escasa.

Cada profesional que interviene en el domicilio, cualquiera que sea su especialidad, no sólo debe aportar su competencia específica sino también debe saber delegarla, al menos en parte, en los ayudantes “naturales”, que son los miembros de la familia. Es necesario que cada persona esté lo suficiente formada para conocer y respetar el ámbito de competencia de sus compañeros de profesión y contribuir así a la acción global. Los equipos multidisciplinarios de atención primaria rara vez cuenta con profesionales especializados en rehabilitación domiciliaria, especialmente fisioterapeutas. Por lo tanto cualquier enfoque de promoción de actividad física será incompleto mientras no se tenga en cuenta la limitaciones de las personas con discapacidad, especialmente en aquellas personas que se ven obligadas a recluirse en sus domicilio por sus limitaciones y las barreras arquitectónicas del entorno. La adecuación de los recursos de fisioterapia en atención primaria permitiría potenciar e integrar en cartera de servicios este tipo de iniciativas.

Educación Grupal

- Rehabilitación pulmonar.
- Reducción del riesgo cardiovascular. HTA.
- Escuela de Espalda.
- Poliartrosis.
- Educación diabetológica.
- Mujeres en la madurez. (osteoporosis, incontinencia y reducción de riesgo cardiovascular)
- Cuidador de cuidadores. (Rehabilitación domiciliaria y prevención de caídas)



Educación grupal, rehabilitación básica y domiciliaria: instrumentos válidos con escasa implantación.

Aunque ya se ha explicado que la oferta de educación grupal y la promoción de educación para la salud en centros educativos que recogen en cartera de servicios, es preciso volver a insistir en la oportunidad que suponen la educación grupal para reforzar la prescripción de ejercicio físico. Aunque las intervenciones grupales abordan la promoción de la salud en estilos de vida, transiciones vitales y enfermedades crónicas, es en este último aspecto donde la evidencia científica establece un mayor grado de evidencia. Las intervenciones grupales en rehabilitación cardiovascular y pulmonar, escuela de espalda y poliartrosis, con distintos grados de evidencia, han demostrado mejorar la calidad de vida y la tolerancia a la actividad de los pacientes, disminuyendo en muchos casos los ingresos hospitalarios y frenando la tendencia de la discapacidad a la dependencia. En nuestros programas de formación orientamos a los profesionales de atención primaria para establecer equipos multidisciplinares que incorporen la práctica (y no solo la teoría), de ejercicio físico en todas las intervenciones grupales. Desafortunadamente, el déficit de recursos humanos (especialmente de fisioterapeutas) no permite que los ciudadanos accedan a estos servicios ya que la atención individual y la eliminación de listas de espera (especialmente en fisioterapia) se prioriza en detrimento de la intervención grupal. Vemos que de nuevo el Real Decreto de Cartera de Servicios ampara la rehabilitación básica incluyendo la asistencia domiciliaria ¿Se están poniendo los medios para que pueda ser una realidad?

5. Rehabilitación básica

Comprende las actividades de educación, prevención y rehabilitación que son susceptibles de realizarse en el ámbito de atención primaria, en régimen ambulatorio, previa indicación médica y de acuerdo con los programas de cada servicio de salud, **incluyendo la asistencia domiciliaria** si se considera necesaria por circunstancias clínicas o por limitaciones en la accesibilidad. Incluye:

5.1 Prevención del desarrollo o de la progresión de trastornos musculoesqueléticos.

5.2 Tratamientos fisioterapéuticos para el control de síntomas y mejora funcional en procesos crónicos musculoesqueléticos.

5.3 Recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves.

5.4 Tratamientos fisioterapéuticos en trastornos neurológicos.

5.5 Fisioterapia respiratoria.

5.6 Orientación/formación sanitaria al paciente o cuidador/a en su caso.

Atención Primaria: siglo XXI

Aunque las iniciativas privadas ven más negocio en la "reparación de la salud" cuando se da la oportunidad de participar a los ciudadanos el sistema sanitario se reorienta a la promoción de la salud y prevención de enfermedad aumentando su eficacia.
La salud es responsabilidad de todos.

	Médica	De promoción de salud
Población diana	Los pacientes.	Toda la población.
Método utilizado	El caso.	La epidemiología.
Objetivo estratégico	La prestación de un servicio.	Elevar el nivel de salud.
Orientación	A la demanda, al enfermo.	A las necesidades de salud.
Cronograma	La atención puntual.	El proceso continuo de promoción de salud.
Diagnóstico utilizado	Sanitario.	Comunitario.
Tipo de abordaje	Médico, individual.	Intersectorial.
Herramientas	El acto médico.	La educación para la salud, la intervención sobre los determinantes.
Educación para la salud	Individual.	Con la participación de la comunidad.
Protagonismo	De los sanitarios.	De la comunidad.
Perspectiva	Sanitaria.	Global, comunitaria.
Soporte científico	La medicina.	Todas las ciencias sociales.

Atención Primaria: siglo XX

	Médica
Población diana	Los pacientes.
Método utilizado	El caso.
Objetivo estratégico	La prestación de un servicio.
Orientación	A la demanda, al enfermo.
Cronograma	La atención puntual.
Diagnóstico utilizado	Sanitario.
Tipo de abordaje	Médico, individual.
Herramientas	El acto médico.
Educación para la salud	Individual.
Protagonismo	De los sanitarios.
Perspectiva	Sanitaria.
Soporte científico	La medicina.

**Predominio de
de abordaje biomédico.**

**“Admitimos que la población
no**

**Cuide su salud durante media
vida y nos pasamos los
últimos años ayudándole a
vivir con sus patologías
crónicas, los ciudadanos ven
deteriorada su calidad de vida,
aumentan los años de vida
perdidos y además conlleva
un esfuerzo económico difícil
de sostener”**

Estrategia Multicomponente: conclusiones



Las estrategias multicomponentes e intersectoriales que adaptan los instrumentos de participación comunitaria y promoción de salud a las necesidades de los ciudadanos y que cuentan para su desarrollo con profesionales formados en las destrezas adecuadas para implicarse en la prescripción de ejercicio y en actividades comunitarias son útiles y coste-efectivas para influir en todos los determinantes que se relacionan con la adhesión a la práctica de ejercicio físico

CONCLUSIONES

1. El sedentarismo es el problema de salud pública de mayor relevancia en nuestro país. Es un factor de riesgo independiente para numerosas patologías y es un factor causal de la mayor parte de epidemias que amenazan la salud de la población (obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular etc.).

2. El abordaje del sedentarismo y promoción de actividad física es insuficiente, no ha contado con la relevancia ni los recursos necesarios para ser eficaz. Esta realidad sitúa a España como uno de los países más sedentarios de Europa, 2 de cada 3 españoles son sedentarios. La solución a este problema debería ser una prioridad en la agenda política, en los intereses de los ciudadanos y en la oferta de servicios sanitarios y educativos

3. La implantación de estrategias de actividad física requieren un enfoque comunitario en la atención a la salud de la población, utilizar una definición amplia de actividad física y contar con la participación de múltiples sectores.

4. Las intervenciones de promoción de salud y actividad física deben ser sostenibles, contar con la participación de la población y atender sus necesidades y preferencias mediante estrategias eficaces basadas en la mejor evidencia posible.

CONCLUSIONES

5. Para invertir la tendencia a la inactividad se deben considerar diferentes niveles de actuación (asistencial, docente, gestión e investigación) y ámbitos (educativo, sanitario, laboral, domiciliario, ocio y tiempo libre).

6. Para fomentar el protagonismo de la población en el abordaje del sedentarismo es preciso potenciar los espacios de participación comunitaria: los consejos de salud y los movimientos asociativos comprometidos con la extensión de la práctica de ejercicio para establecer alianzas a nivel local.

7. Es necesario mejorar la capacitación de los profesionales y agentes promotores de salud y ejercicio. Tanto en metodologías eficaces de promoción de salud como en conocimientos científico-técnicos que optimicen prescripción y fomento de ejercicio físico en el ámbito sanitario, educativo, laboral y domiciliario. El desarrollo de destrezas en los profesionales debe considerarse prioritaria.

8. Las intervenciones de promoción de salud y lucha contra el sedentarismo deben ser fomentadas en los lugares de trabajo. Es importante que los servicios de salud laboral desarrollen estrategias de fomento de la actividad física.

conclusiones

9. Es necesario que todos los ciudadanos tengan acceso a una mayor oferta de actividades relacionadas con el ejercicio físico en el ámbito educativo: aumentado la oferta de tiempo y espacio dedicado a la práctica de ejercicio durante el período formativo.

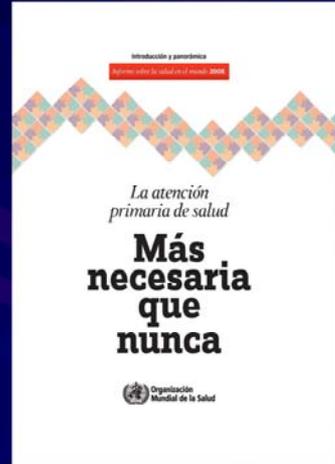
10. Los servicios sanitarios deberían ampliar la cartera de servicios incorporando la atención a la obesidad infantil, la atención al sedentarismo, las actividades comunitarias y la rehabilitación domiciliaria como nuevos servicios. La ampliación de servicios debe acompañarse de dotaciones de recursos humanos, científico-técnicos y materiales apropiados para la consolidando la acción comunitaria orientada a la promoción de la actividad física y la salud.

11. Es una prioridad incentivar y divulgar iniciativas orientadas a mejorar la conciliación de la vida familiar y laboral a la vez que se fomenta el ocio activo en detrimento del ocio sedentario.

12. La acción intersectorial al más alto nivel con la colaboración activa y coordinada del sector educativo, sanitario, medio ambiente, obras públicas y medios de comunicación en todos los niveles institucionales (local, autonómico, nacional e internacional) es esencial en las estrategias de promoción de actividad física.

Atención primaria de salud con la Estrategia NAOS

“Mucha gente pequeña,
en muchos pequeños lugares,
harán cosas pequeñas
que harán un mundo mejor”
Proverbio africano



La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Organización Mundial de salud.

En el Informe sobre la salud en el mundo, la OMS propone que los países basen sus decisiones relativas al sistema de salud y al desarrollo de la salud en cuatro orientaciones normativas amplias e interconectadas. Estas cuatro orientaciones representan los principios básicos de la atención de salud: cobertura universal, servicios centrados en las personas, políticas públicas saludables, y liderazgo.

Los actuales sistemas de salud no se encaminarán de forma natural a modelos más equitativos, eficientes (que funcionen mejor) y eficaces (que alcancen sus objetivos). Así pues, más que mandar y controlar, el liderazgo tiene que negociar y dirigir. Todos los componentes de la sociedad –incluidos los que tradicionalmente no intervienen en la salud– tienen que participar, incluso la sociedad civil, el sector privado, las comunidades y el sector empresarial.

Al perseguir estos cuatro objetivos de atención primaria de salud, los sistemas nacionales de salud pueden llegar a ser más coherentes, más eficientes, más equitativos y mucho más eficaces. Así pues, la mayoría de los países tiene la capacidad necesaria para comenzar a avanzar hacia los beneficios de la atención primaria de salud y beneficiarse de ellos.

Estas palabras recogidas en el Informe 2008 de la Organización Mundial sirven de referencia para cualquier tipo de estrategia de implantación de promoción de salud. Ello incluye por supuesto las estrategias de implantación de programas de promoción de actividad física y nutrición saludable. La estrategia NAOS es una oportunidad para que atención primaria renueve sus objetivos y revise sus formas de actuación abandonando el predominio del modelo biomédico y orientado su labor a un modelo de promoción de salud.



Agradecimientos:

Estrategia NAOS, Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cristina Alonso, Beatriz Valdivielso, Ángel Abad, José Rodríguez (Sociedad de Enfermería Madrileña en Atención Primaria), Jesús Ruiz Huerta, Lucía Navarro, Lourdes Martínez, Manuela Mingo, María Jesús Martín, Eva Saez (Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria), Steve N. Blair (Cooper Institute, Dallas, Texas), Ascensión Marcos (Consejo Superior de Investigaciones Científicas), Julián Lirio (Servicio de Pediatría Social Hospital "Niño Jesús" de Madrid), Susana Aznar, Vicente Martínez (Universidad de Castilla La Mancha), Ayuntamiento y Asociaciones de Vecinos de Fuentenava de Jábaga (Cuenca), Ayuntamiento de Rubielos (Cuenca), Diputación Provincial de Cuenca, Gerencia de Atención Primaria de Cuenca, Miguel Romero (Universidad Nacional de Educación a Distancia), Juan Luis Ruiz-Giménez (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria), Consejo de Salud Palomeras – San Diego – Madrid Sur (Vallecas- Madrid), E.A.P. Alcalá de Guadaíra y Gerencia de Atención Primaria Área 1 (Madrid), Fundación Deporte Joven del Consejo Superior de Deportes, Dirección General de Deportes de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, Foro GanaSalud de la Comunidad de Madrid, Federación Española de Municipios y Provincias,

Fotografía. Jábaga (Cuenca). Pueblos educadores: la movida cultu_rural. Premio de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (1er accesit) 2008



Referencias bibliográficas.

Bauman A, Smith B, Stoker L, Bellew B, Booth M.(1999) Geographical influences upon physical activity participation: Evidence of a «coastal effect». *Aust NZJ Public Health*;23:322-4.

Berlin JA. Golditz FA.(1990)“A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease”, en *Am J Epidemiol* 132:612-28

Blair, S.N. (1984). How to asses exercise habits and physical fitness. En Matarazzo JD. Weis SM, Herd JA. Miller NE. Weis S (eds.), *Behavioral health: A Handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley and Sons.

Blair SN et Al.(2009) Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. Steven N. Blair. *Br J Sports Med* January vol 43 No 1

Blair SN et Al.(1996) Cardio respiratory Fitness, Risk Factors and All-Cause Mortality, Men. *JAMA* 1996; 276:205-10

Bull FC, Armstrong TP. Dixon T. Ham SA. Neiman A. Pratt M.(2004) Physical inactivity. En: Ezzati M. Lopez AD. Rodgers A. Murray CJL. Eds. *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Ginebra. Suiza, OMS, 2004:729-881.

Catalán-Reyes MJ, Galindo-Villardón MP. (2003) Utilización de los modelos multinivel en investigación sanitaria. *Gac Sanit*.17 Supl 3:35-52.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention.(1999) Neighborhood safety and the prevalence of physical inactivity-selected states. *MMWR*. 1999;38:143-6.

Diez Roux AV, Merkin SS, Arnett D, Chambless L, Massing M, Nieto FJ, et al. (2001)Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *N Engl J Med* ;345:99-106.

Dishman RK. (1991). Increasing and maintaining exercise and physical activity. *Behavior Therapy*, 22, 345-378.

Department of Health (2004). *Physical Activity, Health Improvement and Prevention. At least five a week: evidence on the impact of physical activity and its relationship to health*. London: Department of Health;

Dwyer T. Coonan WE. Leitch DR. Hetzel BS. And Baghurst RA (1983). An investigation of the effects of Daily Physical Activity on the Health of Primary School Children in South Australia. *International Journal of Epidemiology*. 12, 308-313.



Europrevev (2006). Encuesta realizada por la Red Europea para la Prevención y la Promoción de la Salud en Medicina de Familia y General (en prensa, Diario Médico, 5 de septiembre de 2006).

Fusté J, Rué M. Variabilidad en las actividades preventivas en los equipos de atención primaria de Cataluña. Aplicación del análisis de niveles múltiples. *Gac Sanit.* 2001;15:118-27.

González B(2005). El sedentarismo, las personas y su contexto. *Gac Sanit.* 2005;19(6):421-3

Gordon PM, Zizzi SJ, Pauline J. (2004) Use of a community trail among new and habitual exercisers: a preliminary assessment. *Prev Chronic Dis*;1:11^a

Harvard Medical School.(2004) Guía de salud: Cómo hacer ejercicio y no morir en el intento. Carroggio ediciones.

Hechinger EM. *Fateful choices: healthy youth for the 21st century.* New York, NY. Carnegie Corporation of New York..

Killen JD et al. (1988). Cardiovascular disease Risk Reduction for 10 th Graders. *Journal of The American Medical Association.* 260: 12, 1728-1733.

Lee IM. Paffenbarger RS. Hsieh C. (1991) Physical activity and risk of developing colorectal cancer among college alumni. *J Natl Cancer Inst* 83:1324-9, 1991.

Lindstrom M, Moghaddassi M, Merlo J. (2003) Social capital and leisure time physical activity: a population based multilevel analysis in Malmo, Sweden. *J Epidemiol Community Health* 57:23-8.

Martínez-Ros MT, Tormo MJ, Pérez-Flores D, Navarro C.(2003) Actividad física deportiva en una muestra representativa de la población de la Región de Murcia. *Gac Sanit*;17:11-9.

Metcalfe O, et al. (1995) *La Educación para la Salud en el ámbito educativo. Manual de formación para el profesorado y otros agentes educativos.* Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo.



McKenna J, Riddoch C.(2003) Perspectives on health and exercise. London: Palgrave MacMillan.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006) Encuesta Nacional de Salud. Madrid.

Morris JN. Heady JA. Raffle PA. Roberts CG. Parks JW. (1993) Coronary heart-disease and physical activity of work". Lancet 265:1053-7;contd.

OCDE. (2004) Eco-salud.

OCDE. (2006) Salud y sistemas sanitarios.

OMS. Informe sobre la salud en el mundo (2002): reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2004) Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Resolución WHA55.23. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Parffenbarguer RS, Wing AI. (1978) Characteristics in youth predisposing to fatal stroke in later years Lancet 1:753-4,1967 / Parffenbarguer RS. Wing AI. Hyde RE. "Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni" Am J Epidemiol 108:161-75.

Perry CI. Hearn MD. Kelder SH Klepp KI (1991). The Minnesota Heart Health Program Youth Program in D. Nutbeam, B. Haglund, P. Farley, and P. Tillgren (eds), Youth Health Promotion: From Theory to Practice in School and Community. Forbes Publications. London.

REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

Rutten A, Abel T, Kannas L, Lengerke T, Lüschen G, Rodríguez Díaz JA, et al. (2001) Self reported physical activity, public health, and perceived environment: results from a comparative European study. J Epidemiol Community Health. 2001;55:139-46.

SEMFyC (2003). Evaluación del Programa de Actividades de Preventivas y de Promoción de Salud en Atención Primaria. (En prensa, enero 2007).

Shepard RJ Lavalle H (1994). Changes of Physical Performance as Indicators of the response to Enhanced Physical Education. Journal of Sports Medicine and Physical Fitness. 34:4, 323-335.



Symons C, Cincelli B, James TC, Groff P. (1997) Bridging Student Health Risks and Academic Achievement Through Comprehensive School Health Programs. *Journal of School Health*. 67:6, 220-227.)

Thompson D, Batterham AM, Markovitch D, Dixon NC, Lund AJS, et al. (2009) 'Confusion and Conflict in Assessing the Physical Activity Status of Middle-Aged Men' is published online in *PLoS ONE* 4(2):e4337.

US. Department of Health and Human Services. (1996) *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, The President's Council on Physical Fitness and Sports.

Varo JJ, Martínez González MA, de Irala Estévez J, Kearney J, Gibney M, Martínez JA. (2003). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology* 2003;32:138-146

Vandgen R, Jenner DA, Thompson C et Al. (1995). A controlled Evaluation of a fitness and Nutrition Intervention on Cardiovascular Health in 10 to 12 Year old Children. *Preventive Medicine*. 24, 9-22.

Wendel-Vos GC, Schuit AJ, Feskens EJ, et Al. "Physical activity and stroke. A meta-analysis of observational data" *Int J epidemiol* 33;787-98, 2004.

World Health Organisation. *The Status of School Health*, Geneva. 1996