



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y
VINCULACIÓN CON LA COLECTIVIDAD

MAESTRIA EN RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE
IV PROMOCIÓN 2010 -2011

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIÓ A LA OBTENCIÓN DEL
TITULO MAGISTER EN RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE

TEMA: “APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD
FISICA RECREATIVA Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD DE
LAS/LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA EDUCACIÓN PARA LA
SALUD DE LA ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE
CHIMBORAZO”. Y PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTOR: ANDOCILLA ALDAZ, VICTOR MANUEL

DIRECTOR: DR. CHAVEZ, ENRIQUE

SANGOLQUI

2016



MAESTRIA EN RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE

CERTIFICACIÓN

Certifico que el trabajo de titulación “APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA RECREATIVA Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD DE LOS/LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LA ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO”. Y PROPUESTA ALTERNATIVA, realizado por el Lcdo. VÍCTOR ANDOCILLA ALDAZ, ha sido revisado en su totalidad y analizado por el software anti-plagio, el mismo cumple con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE, por lo tanto me permito acreditarlo y autorizar al Lcdo. VICTOR MANUEL ANDOCILLA ALDAZ para que lo sustente públicamente

Sangolqui, 04 de enero del 2016

Dr. Enrique Chávez Cevallos
DIRECTOR



MAESTRIA EN RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE

AUTORIA DE RESPONSABILIDAD

Yo VICTOR MANUEL ANDOCILLA ALDAZ con cédula de identidad N' 060200617-3 declaro que este trabajo de titulación "APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA RECREATIVA Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD DE LOS/LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LA ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO". Y PROPUESTA ALTERNATIVA, ha sido desarrollada considerando los métodos de investigación existentes, así como también se ha respetado los derechos intelectuales de terceros, considerándose en las citas bibliográficas.

Consecuentemente que este trabajo es de mi autoría, en virtud de ello me declaro responsable del contenido, veracidad y alcance de la investigación mencionada.

Sangolqui 4 de enero del 2016

El Autor

Víctor Manuel Andocilla Aldaz

C.C. 060200617-3



MAESTRIA EN RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE

AUTORIZACIÓN

Yo, VICTOR ANDOCILLA ALDAZ, autorizo a la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE publicar en la biblioteca Virtual de la institución el presente trabajo de titulación “APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA RECREATIVA Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD DE LOS/LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LA ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO” cuyo contenido, ideas y criterios son de mi autoría y responsabilidad

Sangolqui, 04 de Enero del 2016

EL AUTOR

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'V' followed by a series of loops and a final stroke that extends downwards and to the right.

Víctor Manuel Andocilla Aldaz
C.C, 060200617-3



MAESTRIA EN RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE

DEDICATORIA

Porque el amor es grande y la felicidad muy intensa dedico este trabajo de investigación al ser más maravilloso Dios y de manera especial a Norma Cecilia mi abnegada esposa

El conocimiento se abre ante mis ojos con mucho amor a mis hijos Fabrizio, Kevin y Alexander

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, loopy initial 'V' followed by a series of smaller, connected strokes that form the rest of the name.

Víctor Manuel Andocilla Aldaz



MAESTRIA EN RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE

AGRADECIMIENTO

El deseo de superación y el placer por experimentar tratando de encontrar la verdad continúa. Mi deber como ser humano es expresar mi sentimiento de gratitud y reconocimiento a todos quienes me supieron guiar por el camino de la ciencia.; los conocimientos que me entregaron deben ser devueltos a la sociedad con el trabajo diario que realizo en todas mis tareas profesionales.

Dejo constancia de mi profundo agradecimiento a la Escuela Superior Politécnica del Ejército, al Vicerrectorado de Investigación y vinculación con la colectividad, a todas sus dignas Autoridades; a la Dra. Carmita Quizhpe como Coordinadora de la Maestría en Recreación y Tiempo libre y de manera especial al Dr. Enrique Chávez como Director de mi trabajo investigativo gracias mil gracias de todo corazón a todos los profesionales que colaboraron en toda mi formación académica.

Víctor Manuel Andocilla Aldaz

INDICE DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR	ii
AUTORIZACIÓN DE REPONSABILIDAD.....	iv
AUTORIZACIÓN (PUBLICACIÓN BIBLIOTECA VIRTUAL)	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
INDICE DE FIGURAS	xii
RESUMEN	xiv
ABSTRACT	xv

CAPITULO I

1.- EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1.- Antecedentes.....	1
1.2.- Planteamiento del problema	3
1.3.- Formulación del problema a resolver.....	4
1.4.- Justificación e importancia.....	4
1.5.- Objetivos.....	6
1.5.1.- Objetivo General.....	6
1.5.2.- Objetivos especificos	6
1.6.- Hipóteis e interrogante.....	6

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO	7
2.1. Marco legal	7
2.1.1. (Constitución de la República del Ecuador, 2008.)	7
2.1.2. (Plan Nacional del Buen Vivir, 2013-2017)	10
2.1.3. Ley del Deporte, Educación Física y Recreación.....	12
2.2. Bases Teóricas	12
2.3. Marco Conceptual	12
2.3.1. Salud.....	19
2.3.2. La salud y el proceso educativo	21
2.3.3. Estilos de vida y Salud	22
2.3.4. La Prevención en una universidad saludable.....	25
2.3.5. Actividad física	26
2.3.5.1. Importancia de las Directrices Nacionales sobre Actividad Física	26
2.3.5.2. Mandato en materia de Actividad física y Salud.....	26
2.3.5.3. Grupos de edad entre los 18 a los 64 años	30
2.3.5.4. Resumen descriptivo de la evidencia científica.....	31
2.3.6. La Recreación.....	34
2.3.6.1. Recreación Física	34
2.3.6.2. Nivel cultural, Ocio y posibilidades recreacionales	37
2.3.6.3. Recreación, Juego y arte en el adolescente y adulto joven	41
2.3.6.4. Beneficios de la recreación física.....	44
2.3.6. Calidad de vida	47
2.3.6.1. Calidad de vida y recreación.....	48

2.3.6.2. Calidad de vida relacionada con la salud.....	50
2.3.7. Enfermedades no transmisibles (ENT)	53
2.3.7.1.Sobrepeso y Obesidad.....	53
2.3.8. Programas de Recreación	54
2.3.8. Programa de actividades físicas recreativas	56
2.3.8. Desarrollo de las actividades físicas recreativas.....	56

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	67
3.1. Variables	67
3.2. Tipo y diseño de estudio	69
3.3. Participantes y su selección.....	69
3.4. Técnicas de recolección de datos	69
3.4.1. Descripción de los Instrumentos	70
3.4.1.1. Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ).....	70
3.4.1.2. Cuestionario de salud SF-36.....	72
3.4.1.3. Índice de Masa Corporal (IMC)	75
3.4.1.4. Test de reflexiones Personales	75
3.5. Descripción de procedimientos	76
3.6. Talento Humano	79
3.7. Seguimiento y evaluación	80

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	82
4.1. Presentación y análisis comparativos con la fundamentación científica ..	82
4.2. Comprobación de hipótesis.....	82

CAPITULO V

CONCLUSIONES	117
RECOMENDACIONES	119
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Descripción de una sesión (Programa físico - recreativo)	65
TABLA 2. Operacionalización de Variables	68
TABLA 3. Requerimiento energético para cada actividad física	71
TABLA 4. Descripción de los niveles de actividad física IPAQ	71
TABLA 5. Estado Nutricional (Infra peso, Sobrepeso y Obesidad).....	75
TABLA 6. Gasto energético y actividad física en hombres.....	76
TABLA 7. Gasto energético y actividad física en mujeres – IPAQ.....	84
TABLA 8. Gasto Promedio Hombre y Mujeres Mets/ Semana	85
TABLA 9. Encuesta población Estudiantes de la Escuela Educación para la Salud - Características sociodemográficas.....	86
TABLA 10. Coeficiente de variación -Puntuaciones iniciales y finales del SF-36 del Programa de actividad física recreativa	96
TABLA 11. Normalidad distribuciones de las ocho dimensiones del SF-36- Muestras relacionadas - Prueba de Kolmogorov- Smirnov	103
TABLA 12. Prueba de muestras relacionadas - Grupo intervención Pre test y Post test	104
TABLA 13. Prueba muestras relacionadas Grupo Control Pre test y Pos test	105
TABLA 14. Resumen del procesamiento de los Grupos SF-36.....	106
TABLA 15. Descriptivos de Grupo- control e intervención	107
TABLA 16. Prueba de normalidad	108
TABLA 17. Normalidad de las puntuaciones	109

TABLA 18. Tallo y Hojas del SF-36 – Grupo control.....	111
TABLA 19. Tallo y Hojas del SF-36 – Grupo Intervención	111
TABLA 20. Prueba de Levene para muestras Independientes.....	113
TABLA 21. Igualdad de Varianzas.....	113
TABLA 22. Prueba T Student	115

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Promedio Mets por semana – IPAQ Hombres.....	83
FIGURA 2. Promedio Mets por semana – IPAQ Mujeres	84
FIGURA 3. Gasto promedio Hombres y Mujeres Mets/ Semana.....	85
FIGURA 4. Comparativo de los promedios de la Función Física antes y después de aplicar el programa con el SF-36	87
FIGURA 5. Comparativo de los Promedios del Desempeño Físico antes y después de aplicar el programa con el SF-36	88
FIGURA 6. Comparativo de los Promedios del Desempeño Emocional antes y después de aplicar el programa con el SF-36.....	89
FIGURA 7. Comparativo de los Promedios del Dolor Corporal antes y después de aplicar el programa con el SF-36	90
FIGURA 8. Comparativo de los Promedios de la Salud Mental antes y después de aplicar el programa con el SF-36	91
FIGURA 9. Comparativo de los Promedios de la Vitalidad antes y después de aplicar el programa con el SF-36	92
FIGURA 10. Comparativo de los Promedios de la Función Social antes y después de aplicar el programa con el SF-36	93
FIGURA 11. Comparativo de los Promedios de la Salud General antes y después de aplicar el programa con el SF-36	94
FIGURA 12. Comparativo de los Promedios de la Transición en Salud antes y después de aplicar el programa con el SF-36.....	95
FIGURA 13. Comparativo Promedios del Índice de Masa Corporal antes y después de aplicar el programa	98

FIGURA 14. ¿Cuál es la motivación para realizar el programa de actividades físicas recreativas?	99
FIGURA 15. ¿Porque su involucramiento en el Programa de actividades físicas recreativas?	100
FIGURA 16. ¿Cuál es la satisfacción en la actividad física recreativa?....	101
FIGURA 17. Gráfico Q-Q normal del puntaje del grupo Intervención	109
FIGURA 18. Gráfico Q-Q normal del puntaje para el grupo Control	110
FIGURA 19. Diagrama de Caja y Bigotes.....	112

RESUMEN

Esta investigación tiene características fundamentales; previo al estudio se levanta un diagnóstico con el cuestionario International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) Objetivo: aplicar un programa de actividad física recreativa para los/las estudiantes de la Escuela de Educación para la salud y conocer su incidencia en la salud. El diseño de investigación es cuasi experimental, La población está conformada por 290 participantes; en un rango de 18 a 29 años de edad). Se forman dos grupos distribuidos por muestreo discrecional, observado en dos momentos un grupo tratamiento (n= 57) quienes realizan el programa y el grupo de comparación (n=233) sobre los que no hubo manipulación. Las actividades se realizan dos veces por semana 90 minutos por sesión y una mensual de 120 min. Planteamos la hipótesis ¿si la participación activa en el programa incidirá en La salud de las los Estudiantes? Como instrumentos de medición aplicamos el cuestionario de salud SF-36 y el Índice de masa corporal (IMC). Se aplican pruebas estadísticas descriptivas y contraste de medias. Después de tres meses se califica la efectividad de la intervención, comparando el pretest y el pos test con una diferencia positiva para el grupo tratamiento al elevarse los puntajes del SF-36 y disminuir el IMC. Como conclusión el programa influye positivamente en la salud del estudiante.

PALABRAS CLAVES:

- ACTIVIDAD FÍSICA RECREATIVA
- SALUD
- INDICE DE MASA CORPORAL.
- CUESTIONARIO SF – 36
- ESTUDIANTE

ABSTRACT

This research has fundamental characteristics; a diagnosis before the study with the questionnaire International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) rises Objective: implement a program of physical activity for recreation / students of the School of Health education and know their impact on health. The research design is quasi-experimental population is made up of 290 participants (66 men and 224 women in a range of 18-29 years). Two groups distributed by discretionary sampling, observed in two moments (pre test - post test) form a treatment group (n = 57) who perform recreational physical activity program and the comparison group (n = 233) for which no there was tampering. The activities take place twice a week 90 minutes per session and a monthly 120 min (29 sessions) (45 hours). We hypothesize what if active participation in the program will affect the health of the students? As measuring instruments apply the health questionnaire SF-36 and the body mass index (BMI). Tests and contrast descriptive statistical averages apply. After three months the effectiveness of the intervention is graded by comparing pretest and post test for group with a significant difference to the treatment group to raise the scores of the SF-36 and decreased body mass index (BMI). In conclusion it suggests that similar programs are institutionally established through its positive influence on student health.

KEYWORDS:

- RECREATIONAL PHYSICAL ACTIVITY
- HEALTH
- BODY MASS INDEX
- SF – 36
- STUDENT

“APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA RECREATIVA Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD DE LOS/LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LA ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO”. Y PROPUESTA ALTERNATIVA

El movimiento en el ser humano, es inherente a su naturaleza, es sinónimo de vida, filogenética y ontogénicamente, característica similar en todo elemento de la especie humana. La interacción con el entorno, genera posibilidades circunstanciales o intencionales que sistematizan la estructuración neural, influencia determinante en edades tempranas que facilitan el proceso enseñanza-aprendizaje. Aprendamos a concebir al individuo como una integral cognoscitiva, afectiva y motriz. (Evaluación del Rendimiento físico, 2006)

Las ciencias socio conductuales, consideran el importante papel que cumplen las universidades en el país, al decir de Paola del Bosco, es el lugar donde crece el conocimiento humano, es un espacio privilegiado donde se educa a los estudiantes, para que actúen como catalizadores del cambio creando conocimientos a través de la práctica investigativa.

La actividad física recreativa es una alternativa que debe estar fisiológicamente diseñada y adecuada a las características individuales de los estudiantes, para brindar la satisfacción por su realización, la misma representa para el niño un medio a través del cual contribuye a su desarrollo físico, social e intelectual; para el joven la acción, la aventura, la independencia y para el adulto un elemento higiénico y de descanso activo, de ahí su importancia en todas las etapas de la vida, como parámetro fundamental y básico de nuestra salud diaria.

La Escuela de Educación para la Salud tiene estudiantes que por sus horarios académicos pasan diariamente sentados y en su tiempo libre optan por pasar inactivos, con conductas que desmejoran su salud. Se desea que los estudiantes perciban la calidad de vida como tener libertad interna, independencia, relajamiento, bienestar emocional, sentirse saludables, afirmando una vida con calidad, estabilidad, poder ejercitarse y sentirse bien, ser más funcionales, flexibles, con una serie de beneficios auto-percibidos, lo cual puede ser un estímulo para que adopten la actividad física recreativa como una experiencia que sea parte de sus actividades diarias y su estilo de vida

El propósito de la investigación es aplicar un programa de actividad física recreativa y buscar su incidencia en la salud de los estudiantes, siendo posible concebir y desarrollar considerando las preferencias y gustos de los Estudiantes, en su diversidad de grupos, edades y género. Generar salud preventiva es posible y solo depende de nuestra decisión de asumir el desafío; sólo cuando los profesionales consensuemos cuál es el significado, los propósitos, el origen, la estructura, los métodos, los contenidos, la filosofía, la ética y la validez del conocimiento de nuestra ciencia, será posible emprender, interviniendo con equipos multidisciplinarios investigativos de forma integral y plenamente humanísticos.

El programa se fundamenta en la normativa legal vigente acorde a lo que el Estado garantiza en su Constitución y el Plan Nacional del Buen vivir creando el derecho a programas, acciones, servicios de prevención, promoción y atención en salud, reconociendo a las y los jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, con garantías en su educación, salud, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Antecedentes

A nivel mundial la inactividad física ocupa el cuarto lugar entre los principales factores de riesgo de mortalidad, considerándose uno de los principales riesgos de padecer enfermedades no transmisibles (ENT); siendo aproximadamente 3,2 millones de personas las que mueren por falta de actividad física y uno de cada tres adultos no tiene un nivel suficiente de la misma (Organización Mundial de la Salud, Actividad física, 2014)

Según la (Organización Panamericana de la salud, 2012) las principales enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas— tienen cuatro factores de riesgo en común, principalmente el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol, el régimen alimentario poco saludable y la falta de actividad física.

En el Ecuador según él (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 2010) Las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades hipertensivas con el 7%, la diabetes 6,5%, las cerebro vasculares 5,3%, todas ellas relacionadas con el sedentarismo y el exceso de peso; de cada diez personas adultas cinco sufren de sobrepeso, mientras que uno de cada cuatro adolescentes presenta el problema del síndrome metabólico; siendo preocupante porque está entre la segunda y tercera causa de muerte en el País y “ataca a

personas que están en edad productiva, es decir, veinticinco, treinta y cuarenta años”

Al menos seis de cada 100 niños tienen sobrepeso en el Ecuador según La (Agencia Pública de noticias del Ecuador y Sur américa (Andes), 2013). De acuerdo a Los Datos expuestos por la Coordinación Nacional de Nutrición indican que el exceso de peso en el País registra un 6.5% en la edad infantil, en los escolares de ocho años de edad que habitan en el área urbana es de un 8.7% de sobrepeso y un 5.3% de obesidad. Durante la adolescencia existe un incremento sostenido de 13.7% y 7.5% de obesidad.

En la edad adulta con una afectación especial en las mujeres, el sobrepeso registra un 40.6% y la obesidad de 14.6%; la mitad de estas mujeres se encuentran en condiciones de pobreza y sufren de sobrepeso. Finalmente un estudio reciente no publicado de alcance nacional en adultos mayores reporta que el 39.5% tiene exceso de peso y el 19.5% de obesidad

Según el estudio de obesidad en Ecuador una aproximación a los estudios de prevalencia- Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Quito: 25(2): 8-12, julio 2000 presentado por Pacheco, Víctor M; Pasquel, Miguel. En la población mayor de 20 años se da alrededor del 10% con un incremento de su prevalencia en relación a la edad en el sexo femenino; y del 40 % de pre obesidad con un aparente predominio masculino, siendo más alto en los estratos urbanos de bajos ingresos ((Organización Mundial de la Salud , Prevalencia de la obesidad en America Latina, Navarra 2002)). Los datos de algunas encuestas nacionales realizadas por el (Ministerio del Deporte del Ecuador, 2010) indican que el 11% de la población realiza actividad física lo que quiere decir que hay un nivel de sedentarismo del 89%.

Los altos niveles de sedentarismo en Ecuador han provocado que más del 50% de la población presente sobrepeso y obesidad. Este indicador es de 6,5% en niños y niñas menores de 5 años, de 22% en adolescentes y de 60% en adultos. Apenas el 11% de la población realiza actividad física de manera habitual (a la semana). Por otro lado, lo que más ha influido en los hábitos deportivos de la gente ha sido el colegio; es importante recuperar la educación física en los centros educativos de todo nivel (Ministerio del Deporte, Objetivos y Metas, 2014- 2017). El incremento del peso corporal y el sedentarismo son los factores que contribuyen al establecimiento del síndrome metabólico, que en el caso de Ecuador afecta a cerca del 40% de la población total. (Fuenmayor Guillermo, 2010)

1.2. Planteamiento del problema

La Escuela de Educación para la Salud tiene 290 Estudiantes, de Primero a Séptimo Nivel. 66 hombres y 224 mujeres, adolescentes y adultos jóvenes cuyas edades oscilan entre los 18 a los 29 años. De acuerdo a la información levantada con el cuestionario de actividad física (IPAQ) los estudiantes tienen un nivel de actividad física bajo (menos de 150 minutos por semana). Con un porcentaje diario en los hombres del 46.97 % (15.49 minutos) y las mujeres con un 39.73% (14.85 minutos)

Los Estudiantes por sus horarios académicos pasan diariamente entre 6 a 8 horas sentados y en su tiempo libre optan por pasar inactivos por lo que tienden a tener conductas que desmejoran su salud; culturalmente consumen una dieta rica en carbohidratos y grasas con alimentos que existen en los bares de la Institución, lo que los convierte en futuros profesionales en salud sedentarios y con excesos en su masa corporal(grasa), lo que puede provocar futuras afecciones a su salud.

La Escuela Superior Politécnica de Chimborazo de acuerdo a lo que determina la Constitución de la República y el Plan nacional de buen vivir y con el fin de garantizar derechos y responsabilidades de los estudiantes debe establecer programas físicos recreativos que permitan tener poblaciones estudiantiles activas con estilos de vida saludable.

1.3. Formulación del problema a resolver

1.3.1.- ¿De qué manera incide el programa de actividad física recreativa en la salud de las/los Estudiantes de la Escuela de Educación para la salud?

1.3.2.- ¿La implantación del programa de actividad física recreativa en las/los estudiantes tendrá como referente el desarrollo de poblaciones saludables?

1.3.3.- ¿la participación en el programa de actividades físicas recreativas permitirá evaluar en los estudiantes cambios en su salud a través del cuestionario de salud SF-36 y del Índice de masa corporal?

1.4. Justificación e importancia

Según la (Organización mundial de la salud (OMS) aprobó en la 57 a Asamblea Mundial de la salud de acuerdo a informes la estrategia mundial sobre régimen alimentario, Mayo 2004). Este indica la prevalencia de inactividad física entre los adultos que es del 17% con cierto grado de actividad física moderada < 2,5 horas semanales, situándose entre el 31% y el 51%, con una media mundial del 41%. La inactividad física causa 1,9 millones de defunciones y 19 millones de AVAD (medida de los años vividos ajustados con alguna discapacidad o pérdida de la salud). Esto provoca a nivel mundial un 10% al 16% de los casos de cáncer de

mama, cáncer colorectal y diabetes tipo 2, siendo aproximadamente un 22% los casos con cardiopatía isquémica.

Se debe considerar el importante papel que cumplen las universidades y la necesidad de desarrollar poblaciones sanas en condiciones saludables siendo este un reto a conseguir, por obligación constitucional trabajar con los jóvenes y adolescentes en temas de salud, actividad física y recreación.

Según la Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la salud e Instituciones de Educación Superior se señala que las universidades saludables son aquellas que educan a sus estudiantes, creando conocimientos a través de la investigación y contribuyen a que la comunidad y la sociedad civil mejoren su calidad de vida, ejerciendo un impacto sobre la salud y el bienestar de los individuos que asisten a ella, actuando como catalizadores para el cambio y motivando el diálogo sobre la Prevención en Salud.

La Facultad de Salud Pública y la Escuela Promoción y Cuidados para la Salud es el espacio propicio para estimular el logro del bien integral en el estudiante como individuo y como un ser social, lo cual significa perseguir la excelencia en el desarrollo de las personas, haciéndolas relevantes dentro de su entorno. La actividad física recreativa como estrategia de prevención se ha vuelto necesaria e imprescindible a medida que avanza la edad; según la epidemiología reduce el riesgo de enfermedades crónicas y degenerativas asociadas con la mortalidad y morbilidad que evidencia altos costos sociales y económicos a la salud pública.

El propósito de nuestra investigación es crear y aplicar un programa de actividad física recreativa, buscando conocer cuál es su incidencia en la salud del estudiante con una experiencia individual y colectiva al enfocar su participación en estas actividades, sin importar edad, sexo, condición social o creencias que estas personas posean.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Aplicar un programa de actividad física recreativa y conocer su incidencia en la salud de las/ los Estudiantes de la Escuela de educación para la Salud

1.5.2. Objetivos Específicos

1.5.2.1. Analizar la situación actual sobre la falta de un programa de actividad física recreativa en las/los estudiantes de la Escuela de Educación para la salud

1.5.2.2.- Implementar el programa de actividad física recreativa para las/los Estudiantes de la Escuela de Educación para la salud

1.5.2.3.- Determinar la incidencia del programa de actividad física recreativa en las/los Estudiantes de la Escuela de educación para la salud a través del cuestionario de salud SF-36 y el Índice de Masa corporal (IMC)

1.6. Hipótesis o Interrogante

¿De qué manera la aplicación del programa de actividad física recreativa incide en los puntajes del cuestionario de salud SF-36 y el Índice de masa corporal de los estudiantes de la Escuela de Educación para la salud?

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Legal

2.1.1. (Constitución de la República del Ecuador;, 2008)

Sección Séptima

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En particular, el Estado tomará medidas de:

- Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos.
- Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena Integración social.
- Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.

Sección Segunda

Jóvenes

Art. 39.- El Estado garantizará los derechos de las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, Instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos, en particular en los espacios del poder público.

El Estado reconocerá a las jóvenes y los jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación.

Art 66.- Establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental,

educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”. Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

Sección Sexta

Cultura física y tiempo libre

Art. 381.- El Estado protegerá, promoverá y coordinará la cultura física que comprende el deporte, la educación física y la recreación, como actividades que contribuyen a la salud, formación y desarrollo integral de las personas; impulsará el acceso masivo al deporte y a las actividades deportivas a nivel formativo, barrial y parroquial; auspiciará la preparación y participación de los deportistas en competencias nacionales e internacionales, que incluyen los Juegos Olímpicos y Paraolímpicos; y fomentará la participación de las personas con discapacidad.

El Estado garantizará los recursos y la infraestructura necesaria para estas actividades. Los recursos se sujetarán al control estatal, rendición de cuentas y deberán distribuirse de forma equitativa.

Art. 383.- Se garantiza el derecho de las personas y las colectividades al tiempo libre, la ampliación de las condiciones físicas, sociales y ambientales para su disfrute, y la promoción de actividades para el esparcimiento, descanso y desarrollo de la personalidad.

2.1.2. (Plan Nacional del Buen Vivir, 2013-2017)

Objetivo 3

Mejorar la calidad de vida de la Población

Salud

La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física.

Ocio. Tiempo libre, Deporte y Actividad Física

3.7. -Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población

a.- Masificar las actividades físicas y recreativas en la población, considerando sus condiciones físicas, del ciclo de vida, cultural, étnico y de género, así como sus necesidades y habilidades, para que ejerciten el cuerpo y la mente en el uso del tiempo libre.

b. Impulsar de forma incluyente la práctica de deportes y actividad física en el uso del tiempo libre.

d. Propiciar el uso del tiempo libre de niños y niñas, adolescentes y jóvenes en actividades recreativas, lúdicas, de liderazgo, deportivas y asociativas, como mecanismo de inserción y formación de ciudadanos activos

e.-Impulsar la generación de actividades curriculares y extracurriculares y la apertura de espacios que permitan desarrollar y potenciar las habilidades y destrezas de la población, de acuerdo a la condición etaria, física, de género y características culturales y étnicas.

f. Diseñar e implementar mecanismos de promoción de la práctica de algún tipo de deporte o actividad lúdica en la población, de acuerdo a su condición física, edad, identificación étnica, género y preferencias en los establecimientos educativos, instituciones públicas y privadas, sitios de trabajo y organizaciones de la sociedad civil.

g. Impulsar la organización, el asociativismo o la agrupación en materia deportiva o cualquier actividad física permanente o eventual, de acuerdo a las necesidades, aptitudes y destrezas de sus integrantes.

2.1.3. Ley del Deporte, Educación física y Recreación (Asamblea Nacional, 2010)

Art. 13 - El Ministerio sectorial es el órgano rector y planificador del deporte, educación física y recreación, le corresponde establecer, ejercer, garantizar y aplicar las políticas, directrices y planes aplicables en las áreas correspondientes para el desarrollo del sector de conformidad con lo dispuesto en la Constitución, las leyes, instrumentos internacionales y reglamentos aplicables.

Tendrá dos objetivos principales, la activación de la población para asegurar la salud de las y los ciudadanos y facilitar la consecución de logros deportivos a nivel nacional e internacional.

2.2. Bases Teóricas

En los primeros textos sobre la comunidad humana, aparecen descripciones relativas a la actividad física recreativa para el aprovechamiento del tiempo libre, así como en la literatura desde antes de nuestra era, se señalan pasajes de estas actividades y los beneficios que estas reportan para los seres humanos. Alfa Batel (Juegos Recreativos), en este libro se expresa la importancia de la actividad física recreativa, estableciendo una representación de esta, para los niños y jóvenes, hace una valoración objetiva de lo que reporta para la salud física y mental, así como para el desarrollo de la vida en la sociedad y la formación de la personalidad del hombre.

Las actividades físicas con carácter recreativo no son eminentemente un invento del siglo XX, aunque su universalización sí lo es. A lo largo de la historia de la humanidad ha existido siempre una variada gama de estas actividades, sin

embargo solamente en los últimos veinticinco años, podríamos aceptar que se han tratado realmente de actividades que por su universalización tienen una clara repercusión social.

Conviene que fijemos el concepto que estamos analizando, pues su propia denominación como "actividad física" resulta especialmente confusa siendo fundamental el acoplamiento de su apellido por así decirlo que es la recreación, que permite hacer cosas que nos gustan sin imposiciones y que nos hacen sentir bien, con actividades que nos conducen a un fluir interno, a una situación placentera por su propia ejecución, independientemente de las consecuencias de las mismas. Sin duda el concepto de placer es también algo esencialmente personal y unido a nuestros valores y vivencias, el mismo iría asociado a algo agradable, para otros puede asociarse a esfuerzo, superación e incluso cansancio.

La recreación puede ser una tarea sencilla el aprender los elementos técnicos a partir de procesos de capacitación, sin embargo al llegar institucionalmente a acuerdos sobre su sentido, orientaciones y sus alcances se complica al pretender articular la recreación a otros campos, como los de la salud, educación o medio ambiente, se requiere de un esfuerzo concertado de las diversas áreas y actores del sector profesional, sustentado en la certeza de sus potencialidades.

Al asumir que la recreación tienen un inmenso potencial como mediador y dinamizador de procesos que conducen al mejoramiento de salud, calidad de vida y desarrollo humano, la propuesta de intervención recreativa es conducente a la transformación social, que empieza por precisar los indicadores concretos, como las conductas que se pretenden cambiar, en cuáles segmentos poblacionales, cuales son los objetivos y cuáles son las estrategias.

Dadas las condiciones en que se ha desarrollado el sector de la recreación en nuestro medio, ha sido común el discurso sobre su contribución al mejoramiento de la calidad de vida, aunque en la realidad no se toman decisiones de fondo para que ello suceda en la práctica, más bien, se ha presentado una relatividad valorativa, en la que no solo las disposiciones y los acuerdos se adecuan a circunstancias y propósitos particulares independientemente de sus implicaciones, sino que instituciones, personas y situaciones se sujetan al lente con que se les mire ya que no se miden los resultados desde lo ético y lo moral, o desde sus implicaciones en los otros, sino usualmente por coberturas y usos.

Desde esta visión, el sector de la recreación debe invertir esfuerzos concretos para que sus políticas, planes y programas sean producto de acuerdos y consensos, donde se especifique el compromiso, que tenga el convencimiento de una recreación orientada al desarrollo humano.

Estudios realizados en nuestro país constatan la relación entre las necesidades de salud, recreación, actividad física con participación social, y nuevas pautas de sociabilidad de una población que crece cada vez más en los centros urbanos y que realizan trabajos de carácter sedentario con frecuencia estresantes.

A nivel de prevención y promoción de la salud la OMS recomienda que los adultos realicen al menos 30 minutos diarios de actividad física durante 3 a 5 días a la semana, o al menos 20 minutos durante 3 o más días. En el caso de niños, niñas y adolescentes, se recomiendan 60 minutos diarios de actividad física entre actividad rutinaria, recreativa y ejercicio físico y/o deporte.

Las Instituciones públicas, privadas y los profesionales en salud tenemos la obligación de promocionar y difundir mensajes que promuevan la actividad física recreativa y estilos de vida saludable de manera regular, esto estimula la demanda

y motiva una mayor inversión en infraestructura adecuada, que es avalada a nivel mundial por la OMS, en armonía con el concepto de salud integral, ciudad saludable y sostenible. (Organización Mundial de la Salud, Día mundial de salud 2002,2010 "por tu salud muevete, 2003)

La recreación no consiste solamente en el desarrollo de prácticas concretas, sino es un estado de ánimo, causado por la tendencia humana hacia el ocio, el juego y el disfrute. Estas experiencias óptimas se identifican por poseer una gran parte de sus elementos con reglas libremente aceptadas, espíritu propio, tensión, alegría, sensación de ser, posee cierto grado de espontaneidad y estructuras menos complejas. (Arribas, 2000). (Trilla, 1999), Indica que para poder definir una actividad como recreativa debe cumplir al menos tres requisitos: libertad en la elección y realización, motivación personal para su desarrollo y ejecución placentera para la persona que lo realiza.

La actividad física recreativa debe ser un juego en el que también se cree un marco de fantasía, sin embargo es evidente que en muchas ocasiones no lo es, faltando ese elemento lúdico, olvidado a menudo por el propio afán competitivo que antepone el deseo de la victoria (winner) a la propia recreación. Las actividades físicas recreativas practicadas deben:

- . Crear bienestar
- . Facilitar la comunicación interpersonal
- .Desarrollar la creatividad
- .Expandir horizontes personales
- . Potenciar la realización personal y aumentar la autoestima

- .Responder a las necesidades individuales

Son los medios de comunicación de masas quienes ocupan la mayor parte del tiempo libre de la juventud y que no es una actitud racional ni inteligente permitir una exposición indiscriminada a sus efectos. Es necesario realizar actividades al aire libre, en espacios abiertos, siendo importante fomentar situaciones en la que ellos sean los verdaderos actores y no simples espectadores o consumidores, Solo a través de una cultura activa que es el resultado de la producción personal e individual, se consiguen personas equilibradas, capaces de utilizar sus potencialidades al máximo.

Las actividades físicas recreativas que se realizan en el tiempo libre, deben proporcionar estímulos para que los niños, jóvenes y adultos desarrollen y se encarguen de la organización de su propio tiempo recreativo, con el apoyo y material de profesionales e instituciones educativas.

Las nuevas tecnologías han multiplicado por cien las posibilidades que existían hace veinte años, y por ello la “actividad virtual” a través de la consola. El DVD, el ordenador, los teléfonos móviles, etc., constituye una parte importante del tiempo de los jóvenes y adultos jóvenes, una parte muy importante es su recreación donde no existe actividad física, por eso que se enfrentan hoy al reto de una fuerte competencia y tendrán que mostrarse más atractivas las actividades físicas recreativas que las actividades virtuales, especialmente si tenemos en cuenta que buena parte de ellas son “deportes virtuales” donde el sujeto consigue marcas que jamás podrían pensar en el campo de la actividad física.

Esta es otra de las razones por las que la actividad física recreativa deberá insistir en el camino de la participación, creatividad y comunicación que permita distinguirla de la actividad virtual, caso contrario si la actividad física toma las

senda de la competición y el rendimiento, buena parte de las personas se verán tentadas a retomar la actividad virtual donde sin duda sus marcas son mucho mejores

La mayoría de los instrumentos para la medición de la salud y la calidad de vida se relacionan con cuestionarios como el SF-36; estos recaban la información subjetiva proveniente del paciente, relativa a la valoración de diferentes áreas de la vida (dominios) y la expresan en forma cuantitativa a través de perfiles y puntajes agregados. A los aspectos más relevantes se los conoce como dominios o dimensiones; siendo los más importantes los de función física, salud mental, función social y los de percepción global de la salud y calidad de vida. Los dominios están representados por ítems, correspondiendo cada uno a una forma particular de registrar una percepción del individuo; constituyendo una expresión de un concepto latente, en general oculto o complejo. Los ítems suelen ser preguntas directas cuyas posibles respuestas se basan en escalas ordinales.

Estos cuestionarios deben cumplir con una serie de propiedades que aseguren su validez y fiabilidad; a estas propiedades, por derivar de estudios en psicología, se las denomina psicométricas. Actualmente, además de la validez y de la fiabilidad, se debe incluir entre estas propiedades la sensibilidad al cambio.

Hay varias formas y conceptos de validez como las de criterio que se lleva a cabo cuando se tiene un índice estandarizado, contra el cual se compara un nuevo índice desarrollado, puede ejemplificarse como la correspondencia entre una versión abreviada de un cuestionario y su versión completa; la validez de contenido se refiere a la correcta representación de la noción que se desea medir mediante los ítems propuestos en el cuestionario y la validez de constructo que observa si existe relación entre las variables tomadas por el índice y lo que éste quiere evaluar.

Así, se puede definir a la validez de constructo como el grado por el cual un cuestionario especifica los factores que inciden en la variabilidad del estado de salud que ese cuestionario desea medir. La fiabilidad es la propiedad que indica la constancia o estabilidad de los resultados cuando se repite la medición en circunstancias similares. Incluye dos aspectos diferentes no sustituibles: fiabilidad test-retest (reproducibilidad) y consistencia interna.

La sensibilidad al cambio es una propiedad que señala la capacidad que tiene un instrumento de detectar a través de sus puntuaciones, modificaciones de las variables salud o calidad de vida; conceptualmente puede definirse como el cociente entre una señal (cambio real ocurrido en el tiempo) y un ruido (variabilidad de las puntuaciones no asociadas a un cambio real). Esta propiedad está influida por dos situaciones que deberían ser cuantificadas en todos los estudios de salud y calidad de vida, que son las limitaciones que tienen los pacientes con las mejores o peores puntuaciones posibles para reflejar cambios positivos o negativos en su salud respectivamente.

La necesidad de mantener la investigación en temas claves como son la valoración de la actividad física recreativa social, los efectos que provoca la disminución del sedentarismo, el diseño de estrategias que permitan la promoción de la actividad física recreativa encaminada hacia la consecución y el mantenimiento de la salud, es manifiesta. En este marco son muchos los profesionales a quienes compete esta tarea: médicos, psicólogos, educadores físicos, recreólogos, Entrenadores, Nutricionistas, especialistas en el mantenimiento físico y deportivo, incluido los políticos, etc.

En el 2013, la Asamblea Mundial de la Salud acordó un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria entre las que figura la reducción en un 25% de las muertes prematuras por ENT y una disminución del 10% de la inactividad física para el 2025. El Plan de acción mundial para la prevención y el control de las

enfermedades no transmisibles 2013-2020 sirve de guía a los Estados Miembros, a la OMS y a otros organismos de las Naciones Unidas para alcanzar de forma efectiva estas metas. (Organización Mundial de la Salud, Recomendaciones mundiales sobre actividad física y salud, 2013)

Uno de los problemas relevantes en los estudiantes de la Escuela de Educación para la Salud que hemos podido constatar es que existen terminologías desconcertantes por su criterio conceptual, confunden fácilmente la actividad física con deporte; y la denominan recreativa, lo que trae como consecuencia problemas por la imposición de diferentes actividades deportivas o físicas sin el consentimiento pleno de ellos, y su abandono o desinterés imposibilitando al estudiante divertirse, sentirse bien, estar alegre con actividades acorde a sus necesidades, gustos y preferencias.

Es fundamental realizar la investigación para que los estudiantes participen en el estudio con actividades consensuadas y aceptadas por ellos y después de tres meses una vez que concluya el programa puedan las mismas ser evaluadas a través del Cuestionario de salud SF-36 y del Índice de Masa Corporal (IMC). La investigación hace una especificidad con estudiantes de la Escuela de Educación para la salud en una edad comprendida entre 18 a 29 años de edad, cuya información es recogida inicialmente y al finalizar el programa.

2.3 Marco Conceptual

2.3.1. Salud

Según la (Organización Mundial de la salud, Conferencia sanitaria Internacional, 7 Abril 1948) es un estado de completo bienestar físico, mental y

social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada por los representantes de 61 Estados (Oficial Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. Incluye tanto la salud física como la mental.

La mayoría de los autores proponen que el envejecimiento saludable se debe definir con base en el buen funcionamiento físico y mental, la capacidad para llevar una vida independiente, una buena función cognitiva y la ausencia de depresión; (Puga, Rosero, Glaser y Castro, 2007). Según la carta de Ottawa, La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia; la ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras y de las condiciones y entornos que favorezcan la buena salud. La salud es construida y vivida por las personas en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, en el trabajo y de recreo. Este concepto entiende que la salud es determinante de la calidad de vida de las personas.

Se debe cambiar los paradigmas en salud, por tener una antigua conceptualización de enfermedad y factores de riesgo, con un enfoque de salud y factores salugénicos protectores que fortalecen al individuo, las familias y las comunidades. Se tiene que orientar las intervenciones al fortalecimiento y estímulo del desarrollo de las capacidades más que a la corrección de los errores, proponemos por lo tanto, acciones anticipadas de prevención y de promoción de desarrollo humano antes que la enfermedad aparezca.

La salud no debe ser considerada exclusivamente con aspectos relacionados con la enfermedad, sino que es un concepto claramente multidimensional, donde

el contexto social juega un papel preponderante. (Perea 2002) Destaca a la salud como el “conjunto de condiciones y calidad de vida que permite a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno”.

Shepard (1995) define la salud como “Una condición humana con una dimensión física, social y psicológica, caracterizada por poseer un polo positivo y negativo. La salud positiva se asocia con una capacidad de disfrutar de la vida y resistir desafíos; no está meramente asociada a la ausencia de enfermedad. La salud negativa se asocia con la morbilidad y, en extremo, con la mortalidad prematura”.

En esta línea de ideas, (Petelenko, Davidenko, 1998) nos indican que si se realiza una cuantificación aproximada de la influencia en la salud de diversos factores. El estilo de vida influye en un 50%, el medio externo en un 20-25%, la genética, un 15-20%, y el sistema de atención sanitaria, un 10%. Estos porcentajes dependen de la enfermedad de que se trate (por ejemplo, en una cirrosis hepática, el estilo de vida puede llegar a influir hasta en un 70%).

2.3.2. La salud y el proceso educativo

Este proceso ha sido descrito como fundamental para enseñar a los jóvenes de qué forma pueden ser o llegar a ser independientemente activos, autónomos de por vida ((Villoran y cols, 1994)), siendo la investigación quien ha señalado esta iniciativa. (Armstrong y Welsman, 1997)) Han indicado lo preocupante que resultan los bajos niveles de actividad física como un hábito en los jóvenes y adultos. ((Blair y Connelly, 1994) señalan que existen todas las pruebas sobre los beneficios para la salud que tienen las actividades físicas de intensidad moderada para reducir el riesgo de enfermedades cardíacas.

No existe un estado ideal de salud, no hay tampoco estilos de vida prescritos como óptimos para todo el mundo; la cultura, los ingresos, la vida familiar, la edad, la capacidad física, las tradiciones, el ambiente en el trabajo y el hogar hacen que algunos modos y condiciones de vida hacen sean más atractivos, factibles y apropiados”.

(Henderson y cols , 1980) Definen los estilos de vida como “el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona”. De igual manera, (Mendoza, 1995) señala que el estilo de vida puede definirse como “el conjunto de patrones de conducta que caracteriza la manera general de vivir de un individuo o grupo”. En ambas definiciones aparece el concepto de conducta o comportamiento y los hábitos frecuentes en la vida de las personas, siendo el deseo de tener salud una de las aspiraciones y deseos más demandados por el ser humano, tal como revelan los resultados de grandes encuestas sociológicas efectuadas por (Levy y Anderson, 1980)

2.3.3. Estilos de vida y Salud

Los diferentes estilos de vida y todas las variables que los conforman generan estilos de vida saludables o nada saludables; la adopción de un estilo de vida dará como resultado la consecución de una buena o mala calidad de vida. Los hábitos de salud y de vida están íntimamente relacionados, de manera que es más apropiado hablar de hábitos saludables de vida. (Correl y Cols, 1992).

Si asociamos los conceptos de hábitos saludables de vida, con el de calidad de vida, según (Dawson, 1984) considera que se debe dar un paso más allá del modelo salud-enfermedad y utilizar indicadores de un concepto de salud integral bio-psico-social que debe ser dentro de un entorno educativo donde se pueda

intervenir con la generación de hábitos y conductas dirigidas a la creación de estilos de vida saludables.

Entre los hábitos que se consideran más favorables para la salud, (Shephard, 1984), contempla los de una alimentación correcta, una actividad física adecuada y pautas de descanso regulares y apropiadas. Según (De la Cruz y cols, 1989) señalan como hábitos de salud en edades escolares tempranas como el de una ingesta alimentaria adecuada, la práctica de actividad física recreativa frecuente, descansos, estiramiento, posturas corporales adecuadas, y la higiene personal.

Estos hábitos de vida saludables que conducen a estilos de vida positivos tendrán como finalidad incrementar los años de vida bajo adecuadas condiciones de calidad de vida. Según (Sánchez Bañuelos , 1996) surge entonces el “concepto de calidad de los años vividos, es decir, no se trata de añadir años a la vida sino vida a los años durante los cuales una persona es autónoma, libre de enfermedades crónicas y puede disfrutar de la vida”.

Dentro de todos estos factores la actividad física y la recreación contribuyen de forma decisiva al bienestar de la sociedad (Puig, 1998) No hay duda que la práctica de actividad física recreativa realizada con frecuencia, intensidad y duración adecuadas son modelos de estilos de vida saludables (Gutiérrez, 2000)).

Es importante destacar que existen investigaciones cuyas conclusiones señalan que la práctica de actividad física recreativa establece relaciones significativas con otros hábitos saludables. (Casimiro (1999) y Castillo y Balaguer (2001)) Encuentran una asociación directa entre el hábito de la práctica de actividades físicas recreativas con índices positivos de condición física, adecuados hábitos de higiene corporal e ingesta alimentaria adecuada.

En general los hábitos de actividad física, se diferencian de manera significativa entre los hombres que practican frecuentemente actividad física y son más activos que las mujeres en la adolescencia. Hay que destacar que la práctica de actividad física recreativa es un hábito saludable, y puede ser un generador de otros hábitos saludables (González y Ríos, 1999). Se vuelve fundamental aumentar la promoción de la actividad física recreativa sobre todo en la población estudiantil colegial y universitaria, donde se consolidan muchos de los hábitos existentes en la edad adulta.

No obstante, aunque el hábito de hacer actividad física se ha instalado de forma clara en la sociedad, la mayoría de estudios sobre los niveles de práctica física en la población constatan que, a medida que aumenta la edad, se produce una disminución muy significativa de estas actividades siendo más pronunciada en las mujeres. La actividad Física como promotora de salud se revaloriza dentro de nuestra sociedad por su contribución pudiendo llegar a ser determinante en la creación de hábitos positivos de salud, centrados fundamentalmente en su práctica regular.

Según (Generelo, 1998) haciendo referencia a la Teoría de las necesidades de (Maslow, 1975), como elemento esencial para la consecución de calidad de vida, existen necesidades que deben ser cubiertas desde la educación física como:

- Necesidades fisiológicas. Este es un punto claro en las conclusiones de la mayoría de investigaciones que la actividad física contribuye a la regulación funcional del organismo.
- Necesidades de pertenencia. El carácter social de la práctica física reafirma la necesidad de pertenencia a un determinado colectivo social, al cual debemos ofrecernos para ser o no aceptados.

- Necesidades de estima. La práctica físico recreativa contribuye al conocimiento corporal, generando vivencias positivas que contribuyen a desarrollar la autoestima.
- Necesidades de autorrealización. Con la práctica física recreativa se incide en el desarrollo y el logro efectivo de las aspiraciones o los objetivos vitales de una persona la satisfacción y el placer que sienten por la realización de las mismas.

2.3.4. La Prevención en una universidad saludable

La participación de las universidades en las campañas de prevención de enfermedades emergentes o pandemias, contribuye de manera importante a las acciones de los Ministerios y sectores de la salud en la eficiente asociación entre salud y educación.

En el presente programa de actividad física recreativa la prevención se maneja con estos criterios, con una activa participación de los estudiantes , es necesario tener en cuenta, que en la mayoría de los países de América, las enfermedades crónicas no transmisibles, como las cardiovasculares, cáncer y diabetes, son las principales causas de muertes prematuras y discapacidad, al representar el 60% a 70% de todas las defunciones en la Región; compartiendo otros factores de riesgo comunes como el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad y la hipertensión.

Existen datos probatorios suficientes de que estas enfermedades se pueden prevenir y controlar mediante cambios en los estilos de vida, con políticas públicas e intervenciones en salud que requieren un abordaje intersectorial e integrado.

Para los que padecen de enfermedades crónicas las medidas de prevención ayudan a llevar una vida útil, productiva y satisfactoria, permitiendo su plena y activa participación en la sociedad. ((Del Bosco Paola; CAEM VII, 2006)

Los propósitos de las Universidades Saludables son aceptar la responsabilidad que tiene por la salud y bienestar de sus estudiantes y su personal, promover y crear entornos saludables para vivir, trabajar, aprender e integrar la promoción de la salud en la cultura universitaria y su diario vivir siendo un lugar formador de ciudadanos y líderes del futuro que promuevan la salud local y nacional.

Las Universidades tendrán como metas, entre otras:

- Modelar institucionalmente una cultura promotora de salud y un ambiente sustentable para trabajar, vivir y aprender.
- Realizar acciones para mejorar los entornos
- Facilitar y apoyar a las personas para vivir una vida significativa y optar por estilos de vida saludables. (Universidad de Alberta, 2005)

2.3.5. Actividad física

Según la (Org2), se considera actividad física a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos cuyo resultado es un gasto calórico por encima del nivel metabólico de reposo. Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea.

Genéricamente, es todo movimiento corporal rutinario, recreativo o lúdico, ejemplos de este tipo de actividad, son todas las tareas del hogar, andar o caminar, subir y bajar escaleras, bailar, o actividades más intensas, como, montar en bicicleta, nadar, trotar, jugar, etc. Su práctica o su ausencia nos dibujan un tipo de sociedad, comprometida o no, con la igualdad, la sostenibilidad, la planificación urbana, el bienestar y la salud.

La actividad física practicada de forma regular, con intensidad moderada y vigorosa, combinada con algún ejercicio de fuerza, reporta múltiples beneficios en la salud; aumenta la resistencia, la agilidad, la flexibilidad, la sensación de bienestar; y contribuye a mejorar la situación cardiovascular, disminuye la frecuencia cardiaca, el riesgo de cardiopatía coronaria, y de hipertensión. Contribuye a fortalecer los huesos, reduce la incidencia de osteoporosis, mejora la respiración y el aumento de grasas, reduciendo el riesgo de sobrepeso y obesidad.

La actividad física tiene beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales en la infancia y la juventud, las personas son más activas. Ser activo puede ser un estilo de vida que signifique elegir siempre que se pueda a opciones más activas y esto se aprende a vivir desde la infancia en la familia; Padres y Madres podemos contribuir a que nuestros hijos e hijas sean más activos dándoles el ejemplo, nosotros somos el referente básico para ellos, de modo que si incorporamos algo de actividad física recreativa en nuestros estilos de vida les estamos transmitiendo un modelo de vida activo, que es beneficioso para su salud (Programa Perseo, Come sano y muevete, 2007)

2.3.5.1. Importancia de las Directrices Nacionales y Regionales sobre Actividad Física

Dada la importancia para la salud pública de acuerdo a los mandatos mundiales recibidos por la OMS para promover la actividad física y la prevención de las ENT se evidencia la necesidad de elaborar recomendaciones mundiales que aborden la frecuencia, la duración, la intensidad, el tipo y la cantidad total de actividad física necesaria para prevenir las ENT. (Organización Mundial de la Salud, Recomendaciones Mundiales de Actividad Física , 2010)

Estas recomendaciones fundamentadas científicamente acerca de los beneficios, modalidades constituyen una información esencial para los responsables de políticas que se interesan por la actividad física a nivel de la población y que participan en la elaboración de estas directrices de alcance provincial y nacional sobre la prevención y control de las ENT lo que permite:

- Fundamentar las políticas nacionales sobre actividad física y otras intervenciones de salud pública;
- Determinar un punto de partida para la definición de metas y objetivos de promoción de la actividad física a nivel nacional;
- Fomentar la colaboración intersectorial, y contribuir al establecimiento de metas y objetivos Nacionales de promoción de la actividad física;
- Sentar las bases para la adopción de iniciativas de promoción de la actividad física;
- Justificar la asignación de recursos a las intervenciones de promoción de la actividad física;

- Crear un marco de acción común que reúna a todas las partes interesadas en torno a un mismo objetivo;
- Disponer de un documento basado en evidencia que permita a todas las partes interesadas llevar a efecto sus políticas con una asignación apropiada de los recursos; y
- Facilitar la creación de mecanismos Nacionales de vigilancia y monitorización, para seguir de cerca la evolución de la actividad física en la población y en la salud general

2.3.5.2. Mandato en materia de Actividad física para la salud

La (Organización Mundial de la salud-Asamblea Mundial, Mayo 2004) ha recomendado que sus estados Miembros desarrollen planes de acción y políticas nacionales para incrementar los niveles de actividad física de sus poblaciones. Además, en mayo de 2008 en la sexagésima primera Asamblea Mundial de la Salud respaldó una resolución y plan de acción sobre prevención y control de las ENT; donde se insta a sus Estados Miembros como el Ecuador a aplicar directrices Nacionales sobre actividad física para la salud, y los alienta a desarrollar y poner en práctica políticas e intervenciones que:

- Desarrollen y pongan en práctica directrices nacionales sobre actividad física para la salud;
- Introduzcan políticas de transporte que promuevan métodos activos y seguros de transporte escolar y laboral (por ejemplo, a pie o en bicicleta);

- Obliguen a adaptar las estructuras urbanas para facilitar la actividad física en los desplazamientos en condiciones de seguridad, y para crear espacios destinados a las actividades físicas recreativas.

Este plan de la OMS brinda apoyo técnico con el fin de emprender o reforzar las iniciativas nacionales encaminadas a reducir los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (ENT).

2.3.5.3. Grupos de edad entre los 18 a los 64 años

Estas directrices ((Organización Mundial de la Salud, Recomendaciones mundiales para la actividad física en la salud, 2010)) son válidas para todos los adultos sanos de 18 a 64 años de edad, salvo que su médico aconseje lo contrario, siendo aplicables a las personas que padezcan enfermedades crónicas no transmisibles de manera controlada y las mujeres, durante el embarazo y el puerperio. Personas con trastornos cardíacos podrían tener que adoptar precauciones adicionales y recabar asesoramiento médico antes de tratar de alcanzar los niveles de actividad física recomendados para este grupo de edades.

Los adultos inactivos o con limitaciones vinculados a ciertas enfermedades mejorarán su salud simplemente pasando de la categoría de “inactivas” a “un cierto nivel” de actividad. Quienes actualmente no cumplen las recomendaciones sobre actividad física deben tratar de aumentar la duración, la frecuencia y, por último la intensidad de su vida activa como objetivo para cumplir las directrices recomendadas.

Estas recomendaciones son aplicables a todos los adultos, con independencia de su género, raza, etnicidad o nivel de ingresos; sin embargo, para lograr su

eficacia, el tipo de actividad física, sus estrategias de comunicación, difusión y explicación podrían diferir según el grupo de población.

Los adultos de 18 a 64 años deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o un mínimo de 75 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación entre moderada y vigorosa.

La actividad aeróbica se realizará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.

Para obtener mayores beneficios, los adultos deberán incrementar los niveles hasta 300 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, o bien 150 minutos de actividad aeróbica vigorosa cada semana, o una combinación de actividad física moderada y vigorosa.

Se deben realizar ejercicios de fortalecimiento de los grandes grupos musculares dos o más días a la semana. (Actividad anaeróbica)

2.3.5.4. Resumen descriptivo de la evidencia científica

(Organización Mundial de la Salud, Recomendaciones Mundiales sobre actividad física y salud, 2010) La evaluación de las publicaciones relacionadas con las funciones cardiorrespiratorias, la fuerza muscular, la salud metabólica y la salud ósea como fundamento de las pautas dosis-respuesta está basado en las (Warburton 2007-2009; Bauman 2005-2008)

Existe una relación directa entre la actividad física y la salud los problemas cardiorrespiratorios, accidente cerebrovascular e hipertensión mejoran con la actividad física. La buena forma física presenta relaciones dosis-respuesta

directas entre la intensidad, la frecuencia, la duración y el volumen de la actividad, consiguiendo la reducción de estos riesgos a partir de los 150 minutos de ejercicio moderado o intenso a la semana.

Existe una relación directa entre la actividad física y la salud metabólica, concretamente una reducción del riesgo de diabetes tipo 2 y del síndrome metabólico. Los datos indican que 150 minutos semanales de actividad física moderada o vigorosa conllevan un riesgo considerablemente menor. La actividad aeróbica facilita de manera continua el mantenimiento de la masa corporal, siendo lo más importante para conseguir el equilibrio energético con la acumulación de actividad física y ese gasto adicional de energía. La actividad física puede realizarse en varias sesiones breves o en una única sesión prolongada, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos.

La relación entre la actividad física y el mantenimiento de la masa corporal varía considerablemente según las personas; en algunos casos, podrían ser necesarios más de 150 minutos semanales de actividad moderada. Según los resultados de varias pruebas de control aleatorizadas, correctamente planificadas de hasta 12 meses de duración, la actividad física aeróbica con un total de 150 minutos semanales está asociada a una pérdida de peso entre el 1 y 3% aproximadamente, porcentaje que está considerado como indicativo del mantenimiento del peso.

Los adultos físicamente activos tendrán probablemente un menor riesgo de fractura de cadera o vértebras, la práctica de actividad física puede aminorar la disminución de la densidad de minerales en la columna vertebral y en las caderas, mejorando la masa muscular del aparato locomotor, la fuerza, la potencia y la actividad neuromuscular intrínseca.

La actividad física puede mejorar la resistencia mediante el levantamiento de pesos u por otros medios (ejercicios anaeróbicos) promoviendo eficazmente un aumento de la densidad de masa ósea (por ejemplo, ejercicios moderados o vigorosos durante 3 a 5 días por semana, en sesiones de 60 minutos).

La actividad física habitual está vinculada a la prevención del cáncer de mama y de colon. Los datos indican que 30 a 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa son el mínimo necesario para reducir apreciablemente el riesgo de esas patologías. En conjunto, hay evidencia clara, las personas que desarrollan más actividad presentan tasas menores de mortalidad, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidente cerebrovascular, diabetes de tipo 2, síndrome metabólico, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión.

El volumen de actividad física asociado a la prevención de diferentes ENT, sin embargo, la evidencia no es lo suficientemente precisa como para formular directrices por separado para cada enfermedad, aunque sí permite estar seguros de su conveniencia respecto a las enfermedades mencionadas. Un mayor nivel de actividad física o más de 150 minutos semanales reporta beneficios adicionales para la salud, no hay evidencia que indique que los beneficios aumenten a partir de los 300 minutos semanales. La adopción de estas recomendaciones tiene un costo muy pequeño, vinculado en su mayor parte a su adaptación para cada País, a su comunicación y difusión. Para aplicar unas políticas integrales que faciliten la consecución de los niveles de actividad física recomendados será necesaria una inversión adicional.

Los contratiempos relacionados con la actividad física por ejemplo, lesiones del aparato locomotor son habituales, aunque no suelen revestir mucha importancia, especialmente si la actividad es moderada, por ejemplo en forma de paseos; en conjunto los beneficios de la actividad física y del cumplimiento de las recomendaciones anteriores superan los posibles perjuicios.

2.3.6. La Recreación

Es la realización de actividades agradables, en las cuales se participa durante el tiempo libre y fomentan el uso positivo del mismo, estas actividades promueven y contribuyen al desarrollo integral de las personas, lo cual se alcanza por medio de experiencias significativas de educación no formal, que producen disfrute o gozo, cuya selección y participación es de forma voluntaria (Salazar Salas, 2008)

Si nos referimos a la recreación, como el proceso de cambio y superación permanente del hombre, re-crearse es hacerse más humano y más perfecto en cada actividad de la vida diaria. Entonces es un objetivo, que integra todos los actos de la vida humana, si hablamos de la recreación como proceso lúdico, nos referimos ya no al todo sino a una parte de la actividad humana; cuyo objeto es ser instrumento o medio para conseguir la re-creación integral mencionada

La recreación ha sido una constante en los últimos años llamada a fundamentar y socializar sus beneficios, actuando siempre bajo el convencimiento de que ésta es mediadora de procesos de desarrollo humano y calidad de vida; y si se analizan todas las definiciones anteriormente expuestas se puede manifestar los beneficios de la recreación enunciados en diferentes estudios, porque tiene un impacto directo sobre indicadores tales como salud, percepción de bienestar, satisfacción, desarrollo social, económico y comunitario.

2.3.6.1. Recreación Física

Es la realización de actividades físicas durante el tiempo libre, las cuales favorecen el mantenimiento, desarrollo y recuperación de habilidades diversas, además facilitan experiencias que contribuyen al bienestar y autoestima de las personas participantes, con el establecimiento de relaciones interpersonales,

integración social de los sujetos, mejorando la autonomía, la salud y el bienestar psicológico.

Dentro de la recreación física, se pueden encontrar: Las actividades y deportes individuales, en parejas o colectivos; juegos tradicionales y actividades de acondicionamiento físico y motriz, entre otras (Ospina (2001) y Salazar (2007)) Para que la actividad física sea de carácter recreativa necesita que se manifieste bajo tres condiciones:

Ocio: Entendido cuantitativamente como tiempo de no trabajo y además, cualitativamente como tiempo de autorrealización personal.

Libertad: Solo desde la acción libre se plantea una actividad física placentera, sin cortapisas ni prohibiciones.

Supervivencia: Cuando las poblaciones o determinadas clases sociales han asegurado bien su nivel de supervivencia sus actividades van encaminadas hasta alcanzarla, y solamente a partir de cierto nivel de bienestar, aparece la actividad física con el carácter recreativo.

Estas condiciones no han sido alcanzadas en el mundo occidental de manera generalizada hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX y es por ello que la eclosión de las mismas data de los últimos treinta años, incluso menos, en ese sentido y centrándonos en ese contexto parece evidentemente que podemos establecer aun dos etapas diferenciadas en este periodo:

1970 a 1990 aparición y desarrollo paulatino de la actividad física recreativa ligada a actividades de aire libre en medios naturales, con deportes "clásicos" o juegos "tradicionales", su práctica estaba dirigida a los adolescentes y la

juventud, organizada por Instituciones o clubes deportivos. De 1990 hasta nuestros días, caracterizada por un surgimiento de la actividad física recreativa que a las modalidades descritas anteriormente añade una multiplicidad de variantes referidas a:

- Actividades diferentes (futbol, vóley, básquet, deportes de riesgo)
- La forma de practicarla (individual, por parejas, colectivas,)
- Al lugar de desarrollo, abierto (campos, pistas extremas, estadios, etc.) o cerradas (pabellones, gimnasios, pistas, cubiertas)
- Al medio, natural o urbano
- Al tiempo de desarrollo
- Al tipo de actividad física realizada: suave, media, intensa)

En ambos periodos la generalización ha llegado a diversas edades y no se ha limitado a la adolescencia y la juventud, sino a diversas capas sociales, desde la alta burguesía a las clases más populares y ambos sexos, aun cuando la participación masculina continua siendo mayoritaria.

La actividad física recreativa es un estado de ánimo causado por la tendencia humana hacia el ocio, el juego, el disfrute, las experiencias óptimas, se identifica con el juego y posee gran parte de sus elementos: reglas libremente aceptadas, espíritu propio, alegría, sensación de ser de otro modo, posee cierto grado de espontaneidad, estructuras menos complejas.

Según (Cutrerías Juan Carlos, 1993) para que un ser humano sea feliz está basado en una gama completa de pautas culturales y gusta de una infinidad de formas placenteras espirituales que concluyen inexorablemente en motivos de acción, de creación de verdadera vida interior que mantiene el equilibrio psíquico y orgánico.

2.3.6.2. Nivel cultural- ocio y posibilidades recreacionales

La cultura hace del hombre algo más que un mero accidente del Universo a mayor cultura corresponde un mayor acceso a las formas recreacionales satisfactorias y su acceso está al alcance de todos, a cualquier tipo de enseñanza o capacitación que debe abrirse de manera constante a la posibilidad de acceso a las formas fundamentales de recreación al niño, al joven, al adulto para el uso del ocio en toda su vida

En la actualidad el ocio funda una nueva moral de felicidad y aquel que no aprovecha o no sabe emplear su tiempo libre es un hombre incompleto, retrasado o algo enajenado (Joffre Dumazedier). Es conveniente hacer un itinerario completo de las actividades o formas recreacionales para poderlas utilizar en nuestros momentos de ocio; una vez definidos estos momentos de nuestro tiempo propio que no compromete trabajo, educación, necesidades fisiológicas, aspectos formales de administración personal y familiar el Maestro o Docente debe capacitar para la utilización adecuada y selectiva del tiempo libre con actividades habituales de ocio

A mayor cultura corresponde un mayor acceso a toda forma recreacional satisfactoria. Una actividad es considerada puramente recreativa cuando se efectúa libre y espontáneamente con absoluta libertad en su elección, con una actitud

predominante alegre y entusiasta (psico – espiritual); realizada desinteresadamente solo por la satisfacción que esta produce.

La recreación activa da lugar a diversas manifestaciones como:

- Liberación de las tensiones propias de la vida cotidiana
- No espera un resultado final, ni una realización acabada, sino que solo anhela el gusto de la participación activa
- Establece la pauta acerca del contenido recreativo de una actividad física, siendo la actitud de la persona la que permite y no la aptitud.
- Se realiza en un clima y con una actitud predominante alegre y entusiasta
- Deja un sentimiento positivo en lo formativo o en lo social
- Da lugar a manifestaciones de valores que son preponderantes en la estructura espiritual de la persona
- Da lugar a la liberación de las tensiones propias de la vida cotidiana

El objetivo principal al encarar la promoción, organización o conducción de actividades y formas recreacionales es el de dar satisfacción a las ansias espirituales del ser humano de lograr una mayor felicidad que alcance dentro de sus medios, sus posibilidades y limitaciones.

Existe la relación entre la felicidad y las formas de satisfacción psico- espiritual en la que el ser humano solo piensa en la satisfacción de sus ansias materiales como forma de aparente de felicidad, por lo que cae en una frustración permanente al encuadrarse en una extrema limitación simple de sus gustos puramente fisiológicos. Por el contrario si son actividades de espontaneidad se evidencia un enriquecimiento espiritual proveniente de estas acciones, actividades, captaciones, juegos, tareas, etc., que dejara el sentimiento constante de la satisfacción pura, brindando además la posibilidad de una renovación permanente

La National Recreation Association USA nos indica algunos principios para dar impulso a aquellas actividades de placer permanente, que toda persona debe aprender para tener costumbres activas, al sol, a respirar a todo pulmón al aire libre, dado que el fin de la vida es vivir y no negociar, el sol, el aire, los espacios libres, los parques y los campos con sus juegos abundantes que son esenciales para una vida con satisfacciones permanentes

La vida actual en las grandes ciudades nos está llevando a un conformismo de encierro, nos hallamos frente a una generación ciudadana que se desarrolla en departamentos y lugares cerrados. Existe una razón fisiológica elemental que determina la ineludible necesidad de disfrutar del aire libre de exponer la piel al efecto de los rayos solares en determinados tiempos

Es importante educar el ritmo de las personas, ya que sin este el hombre es incompleto. La educación física cuenta dentro de sus medios con dos elementos de acción directa para su ejecución; la gimnasia con todas sus especialidades y la danza. Sería interesante que quien cumpla estas tareas comprenda que a través de estos medios se da una complementación activa socializante y cultural a los procesos de la educación del ritmo

La satisfacción suprema de recrearse solo se obtiene por medio de alguna autorrealización de cualquier clase, este principio propone el fomento de actividades en las que el hombre actué por su acción personal aquí no hace falta jerarquía de producción o mando solo se necesita acción, esta será suficientemente satisfactoria que superara cualquier situación recreacional receptiva creando posibilidades suficientes para llegar a la autorrealización

Las formas de recreación física deben tener una vigencia habitual en la vida cotidiana del estudiante, con actividades al aire libre, formas pre deportivas, el juego, aerobics, etc. situaciones que entreguen evidencia de satisfacciones mayores que otro tipo de actividades. La persona habrá triunfado en su vida recreacional, en la medida que la actividad que elija cree en él un espíritu de juego y un sentido de humor.

Con el fin de que niños, adolescentes y adultos deseen vivir normas de vida recreacionales se necesita de un líder en recreación (profesional) con la responsabilidad de pensar, planear, trabajar con la idea de crear programas de recreación que comprendan diferentes intereses , gustos y preferencias en los diferentes sectores de nuestra sociedad.

Es muy importante destacar la diferencia de un Profesional especializado en recreación que siempre deberá tender a lo educativo y formativo; de lo que pueda cumplir el humorista o payasito. El profesional deberá conocer perfectamente las apetencias de la gente con todas sus realizaciones activas buscando la satisfacción, aquellas ansias de entretenimiento, distracción, liberación, distensión, pero su labor será nula si por encima de todo ello no busca educar o formar, crear expresividad, creatividad, interrelación, sociabilización, culturización, etc.

2.3.6.3. Recreación Juego y arte en el adolescente y adulto joven

Podemos establecer que el vuelco de una persona a una actividad recreativa de cualquier naturaleza se encuadra dentro de las formas de juego, el sentido de la palabra jugar tiene gran similitud con el que da la actitud del pintor a colorear su tela o del jardinero para arreglar su jardín, todas estas serían formas de juego.

Cualquiera de las formas activas de recreación constituye una forma espontánea de expresión que se lleva dentro de lo que se siente, siendo una forma de manifestación del espíritu, porque se vuelca en la acción que se está desarrollando, con espontaneidad y sentimiento. El juego se transforma en arte cuando su realización adquiere una magnitud, una calidez, un valor, una calidad que llega a emocionar a otras personas por su trascendencia. El hobby de un pintor, de un jugador de futbol, etc. Inicialmente no es más que un juego hasta que por su valor impacta y emociona a otros.

Los valores educativos del juego influyen de manera positiva en la evolución de los adolescentes y adultos jóvenes ya que les proporciona el desarrollo de conocimientos, hábitos, capacidades y habilidades motrices, de cualidades morales-volitivas y normas de conducta hacia la socialización, que encaminan paulatinamente el desarrollo de su personalidad. El juego es un medio adecuado para garantizar las actividades físicas recreativas y principalmente los dirigidos a las y los jóvenes, por su importancia que constituye:

a) Una excelente herencia recreativa que nos viene desde los tiempos más remotos, al principio el hombre jugaba con instrumentos muy simples, después comenzó a experimentar la necesidad de ampliar éstos y llevarlos a actividades más complejas; con el pasar de los años los juegos fueron perfeccionándose, hasta llegar a ser parte importante de las formas recreativas actuales.

b) Una actividad fundamental en edades tempranas, se apoya en la necesidad de movimiento del hombre, sus intereses, estados anímicos, educativos y se manifiesta de manera espontánea y consciente buscando la satisfacción de quien las realiza.

c) El desarrollo de las cualidades físicas reflejadas en el mejoramiento de la salud y la preparación física general, su práctica individual o colectiva nos permite el cumplimiento de reglas creadas para los propios juegos.

Por todos sus valores educativos, el juego es considerado como un medio de trabajo fundamental en diferentes edades, ya que su correcta utilización posibilita su incidencia la formación y desarrollo del adolescente.

Por su importancia en la vida de los jóvenes y adultos jóvenes la actividad física recreativa debe llegar a ellos en forma de juego, dando la posibilidad de desarrollar y perfeccionar diferentes movimientos, habilidades, capacidades, al exigir movimientos de los músculos grandes y pequeños; al mismo tiempo mejoran la circulación sanguínea, la respiración, aumentan la vitalidad del organismo, el desarrollo neuro-psíquico del adolescente, la formación de la personalidad, así como provocar emociones positivas individuales y colectivas.

Jugar es el medio ideal para un aprendizaje social positivo, pues es natural, activo y muy motivador para la mayor parte de los adolescentes y adultos jóvenes. La actividad lúdica implica de forma constante procesos de acción, reacción, sensación y experimentación, pero si deformamos el juego premiando la competición excesiva, la agresión física contra otras personas, los engaños y el juego sucio, estamos deformando la filosofía del propio juego. ((Pérez Manuel, “ El deporte en el tiempo libre , Junio 1986)

La idea que hay tras los juegos cooperativos es:

- Jugar con otras personas en lugar de contra otra
- Superar desafíos, no superar a otros y a otras
- Todas las personas ganan, nadie pierde
- Se juegan juntos para conseguir fines comunes, en lugar de unos contra otros para obtener fines excluyentes.
- No existen estudiantes expulsados ni apartados
- Los juegos cooperativos son una alternativa positiva a los competitivos, mientras juegan aprenden de una forma divertida como llegar a ser considerados unos con otros (diversión, compartir, intercambiar)
- Son más conscientes de cómo se sienten las otras personas (aceptación, autovaloración, autoestima)
- Están más decididos a participar y trabajar en lo mejor para todo el grupo (cooperación y participación)

De esta forma conseguiremos desarrollar la creatividad y la sensibilidad de los participantes; se elimina el miedo a fallar, al sentimiento del fracaso, evitando los contactos físicos, y menor importancia los resultados.

Las características que definen a las actividades como recreativas son:

- Todo el mundo puede participar no importa la edad ni el sexo

- Las reglas pueden ser creadas y / o adaptadas por los propios participantes
- Existen posibilidades de opción en cuanto al tipo de actividades
- El jugar con los demás es más importante que el jugar contra los demás
- La práctica recreativa no descarta el aprendizaje comprende habilidades o técnicas y actitudes
- Aunque no sea su principal objetivo, no debe descartarse el esfuerzo físico.

2.3.6.4. Beneficios de la recreación física

Dentro de los beneficios de la recreación, se encuentran los físicos y están asociados con las actividades que se realizan durante el tiempo libre. Según (Salazar, 2007) las investigaciones realizadas han detectado que las actividades físicas recreativas practicadas de manera regular contribuyen con la salud de las personas por las siguientes razones:

- Previene el derrame cerebral, el cáncer de colon y la diabetes, entre otros problemas de salud;
- Reduce los hábitos sedentarios, el riesgo de enfermedades del corazón, la hipertensión, el consumo de alcohol y tabaco, la masa grasa corporal y la morbilidad prematura, entre otros.

- Mejora las funciones cardiovasculares, neurológicas, respiratorias, la masa del hueso, la fuerza muscular, la resistencia a la fatiga, la artritis, lo que provoca un componente de la calidad y satisfacción de la vida

Las actividades físicas al aumentar la función cardiovascular, la fuerza muscular y la capacidad funcional global, permiten a las personas mantener su independencia, participar libremente en las actividades relacionadas con la vida diaria (Mazeo y Tanaka, 2001). Por otra parte, (Arriaga y Sánchez, 2007) Mencionan que “la recreación vista como actividad inherente a la trayectoria de la vida de las personas, parte de un interés motivacional interno que conlleva la búsqueda del disfrute de la vida, promoviendo el desarrollo coherente, equilibrado y armónico en todas las dimensiones personales”.

Las personas que puedan realizar actividades físicas recreativas acordes con su realidad individual y grupal posibilitan mejorar su salud y calidad de vida, ampliando sus oportunidades de crecimiento personal, liberándose de la rutina, la inactividad y el sedentarismo, así como del estrés, la ansiedad, el aburrimiento y en algunos casos, la depresión.

Como otros beneficios de las actividades físicas recreativas se encuentran la facilidad de interacción con otras personas, lo cual rompe el aislamiento y la soledad, además de ayudar a retardar el proceso de envejecimiento y prevenir algunas enfermedades relacionadas con la inactividad (Murillo., 2003) La recreación física es parte de un estilo de vida, necesario para el desarrollo integral de las personas y el buen accionar de las mismas, en los ámbitos emocional, físico, social y mental. Los beneficios que se obtienen al incorporarse en la práctica de actividades físicas recreativas son varios, solo es necesario tomar la iniciativa y valorar la recreación como un estilo de vida el cual puede provocar cambios positivos mejorando la salud y calidad de vida de todas aquellas personas que lo practiquen.

Las actividades Físicas recreativas pueden contrarrestar los efectos negativos de la obesidad y el incremento de masa corporal (masa grasa), teniendo efectos positivos sobre la presión sanguínea, el colesterol, la composición corporal y la función cardio- respiratoria. Aumenta el sentido del autocontrol, reduce el nivel de estrés, aumenta la capacidad de concentración, ayuda a dormir mejor, previene la diabetes, la hipertensión arterial, el colesterol alto, reduce el riesgo a tener ciertos canceres como de seno ovarios y colon.

El papel de la recreación física en el marco integral de la educación en los niños, jóvenes y adultos ha venido impulsando la utilidad de estas como un medio de promoción de valores éticos y personales para sus practicantes, tiene como finalidad una formación integral, orientada al desarrollo físico, espiritual y social; pero esta no puede considerarse al margen de un conjunto de valores que no siempre se adquieren de forma espontánea como el juego limpio, respeto por las reglas, cooperación, dominio de sí mismo, disfrute del esfuerzo, etc.

En el presente trabajo, las actividades que se proporcionan a los estudiantes tiene beneficios, que contribuyen al fortalecimiento de su organismo, a su desarrollo físico, intelectual, educativo en general y los mantiene aptos para las diferentes actividades que tienen que realizar diariamente, propiciando el desarrollo de sus cualidades morales, sociales y su personalidad; así como la alegría de comunicarse, de compartir emociones y sentimientos de amistad, posibilidades para la formación de la conciencia y de una conducta moral, en general de libre expresión y autoafirmación.

La Actividad física recreativa con sus funciones sociales de las multitudes, como se le ha llamado en ocasiones, presenta un don específico que las distingue del resto por ver al fenómeno físico de la Recreación como parte del conjunto de

la sociedad y la conducta de quienes la practican o disfrutan. (Díaz concepción; Díaz P. Edilia María, 2010-2011)

2.3.6. Calidad de vida

Según el foro Mundial de la Salud, realizado en Ginebra en 1996, la calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (Grupo WHOQOL , 1996)

La definición pone de manifiesto algunos criterios, los cuales afirman que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como negativas, y que está arraigada a un contexto cultural, social y ambiental. La (Organización Mundial de la Salud, 1997) Ha identificado seis extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas: un área física, un área psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el entorno y las creencias personales/espirituales.

La calidad de vida refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien de que se les están negando oportunidades para alcanzar la felicidad y la autorrealización, con independencia de su estado de salud o de las condiciones sociales y económicas

Calidad de vida es un concepto subjetivo y multidimensional, construido por la experiencia de cada persona al considerar el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que esté inmersa; este concepto es valorado por la propia

percepción que el individuo tiene de sí mismo, libre de juicios y valores externos a él (Rucci 2007) Estas definiciones acerca de la calidad de vida percibida de manera subjetiva se han analizado desde el punto de vista fenomenológico y se han identificado dos atributos centrales: felicidad y satisfacción.

La felicidad constituye una experiencia afectiva relacionada con estados emocionales transitorios de alegría y euforia, mientras que la satisfacción es una experiencia cognitiva que se relaciona con la discrepancia percibida entre aspiración y realización, realización y privación ((Naito, Nakayama y Fukuhara, 2004; Oleson, 1990).)

La dificultad de definir un patrón para referirse a calidad de vida llevó a varios autores a descomponer el concepto en dominios o componentes, los cuales abarcan diferentes aspectos de su dimensionalidad y ciertas circunstancias; el concepto puede alcanzar unidimensionalidad cuando solamente un dominio, como la salud, sirve de parámetro para evaluar la calidad de vida (Robinson, 2007)

2.3.6.1. Calidad de vida y recreación

Para lograr que los diferentes profesionales y organizaciones contribuyan efectivamente al mejoramiento de los indicadores de calidad de vida y salud, será necesario que cualifiquen las oportunidades que les brindan a las personas para vivenciar la recreación, y ello supone que sus conceptos, metodología y estrategias se orienten intencionalmente a la consecución de resultados específicos. Es decir debemos cualificar el programa de recreación, por ser esta una oportunidad lúdica que estructura toda una organización que crea un ambiente social, físico y natural, con el que si un ser humano interactúa y se le posibilita vivenciar la recreación.

El programa de recreación no es en sí mismo la vivencia recreativa, sino el marco que le permitirá a quien lo disfrute tener esa propia percepción individual, constituyéndose en consecuencia en un medio para entregarles los beneficios a los participantes. Ello es equivalente al principio rector de que “uno no recrea a nadie, ni nadie lo recrea a uno”, sino que los profesionales, organizaciones y facilitadores lo que hacen es estructurar y generar los espacios para que las personas entren en sus propios procesos de recreación.

Cuando se indica la atención que se debe prestar sobre la importancia de la cualificación de los programas de recreación no es que simplemente dedicarse a teorizar, como frecuentemente se escucha, sino básicamente es invitar a tomar conciencia de la importancia de fundamentar el quehacer recreativo para actuar de forma socialmente responsable.

Para ello será necesario que los programas conduzcan a procesos de educación en actividad física, recreación y tiempo libre, de tal manera que los individuos, grupos y colectivos, construyan estilos de vida óptimos de ocio y estén orientados a su crecimiento personal de manera autónoma y responsable. Solo de esta manera en materia de recreación las decisiones sobre el consumo, sus opciones y consecuencias, serán tomadas con un mayor nivel de conciencia crítica y el tránsito del entretenimiento a una recreación con un propósito redundará en vidas más sanas y equilibradas, mejorando nuestra calidad de vida y salud.

2.3.6.2. Calidad de vida relacionada con la salud

La esencia del concepto de calidad de vida es reconocer la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual y depende en gran medida de sus valores, creencias, contexto cultural e historia

personal (Schwartz Mann, 2003) El término “calidad de vida relacionado con la salud” surge como un concepto que hace referencia a la valoración de la percepción de la salud por parte del individuo, ya que este acumula aspectos tanto objetivos como subjetivos.

La evaluación de la CVRS constituye una herramienta útil para identificar la percepción de la salud en las personas, podemos comparar la carga de diversas enfermedades, detectar los beneficios para la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y evaluar individualmente el estado de salud de las personas.

La cuantificación de la CVRS adquiere cada día más relevancia en dos aspectos básicos: lo ético, para la toma de decisiones en los tratamientos médicos, tanto en el caso del consentimiento informado como en el de intervenciones para mantener la vida; y en el campo de los servicios de salud para establecer prioridades, diseñar, implementar, seguir y evaluar programas de prevención, atención y rehabilitación, con el fin de complementar los indicadores tradicionales de morbilidad, mortalidad o expectativa de vida .

El término “calidad de vida” pretende valorar aspectos de la enfermedad que no son estrictamente clínicos sino relacionados con la vida diaria del paciente y de qué modo se ve afectada por la presencia de la patología desde el punto de vista del propio paciente, mediante una valoración multidimensional, valorando distintos componentes de la vida cotidiana potencialmente influidos por la enfermedad y su tratamiento y tomando al propio paciente como fuente primaria de los datos.

Según la OMS, la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en su existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que viven y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de

independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

Desde la perspectiva biológica, los principales problemas de una baja condición física pueden ser la aparición de las enfermedades o alteraciones, como la insuficiencia física para efectuar las tareas con vigor y aparición prematura de fatiga.

Cada vez es más frecuente encontrar adultos y jóvenes, con dificultades para pasear por el campo, practicar algún ejercicio con los amigos o bailar debido al decreciente nivel de su condición física. El incremento de la condición física, en especial de la fuerza y resistencia física, ayuda a prevenir enfermedades y a usar el cuerpo para las actividades diarias requeridas.

Desde la perspectiva psicológica, las dificultades suelen relacionarse con el desconocimiento de las propias posibilidades, que puede conducir a la sobreestimación de sus propias capacidades, con el riesgo de accidentes , y el descenso de las actividades físicas realizadas, y consecuentemente un declive de su salud.

La baja autoestima, muchas veces se da por compararse con los demás o por las expectativas creadas, es muy relevante en jóvenes la “autoimagen”, que puede estar condicionada por la belleza física. Para prevenir estos problemas se recomienda la inclusión en la valoración de la condición física, autoevaluaciones y reducir el carácter competitivo con los demás, con una rutina de actividades físicas que ayuden a modelar el cuerpo y la auto aceptación de la propia persona.

Desde la perspectiva social, los problemas más frecuentes pueden ser la soledad, La segregación, el aislamiento, estos problemas se asocian con el aburrimiento, la falta de amigos, sensación de inutilidad, dejadez, etc. Se sugiere

incorporar actividades grupales e individuales, ampliar el repertorio de ámbitos donde se desarrollan las actividades físicas recreativas y verificar la utilidad de estas donde el individuo sienta cambios que permitan mejorar su autoestima y calidad de vida.

Todas aquellas partes del cuerpo que tienen una función, si se usan con moderación y se ejercitan en el trabajo para el que están hechas, se conservan sanas, bien desarrolladas y envejecen lentamente, Pero si no se usan y se dejan holgazanear, se convierten en enfermizas, defectuosas en su crecimiento y envejecen antes de hora (Hipócrates)

En los programas de actividades físicas de ámbito recreativo, se pretende englobar toda aquella práctica en la que no se busca el máximo rendimiento de las actividades trabajadas, sino contribuir al fomento de hábitos de vida más saludables y su mejoramiento.

La práctica física bajo este concepto no tiene límites de edad ni sexo; es necesario tan solo adaptar el programa de entrenamiento a las características personales de cada individuo, para de esta forma determinar el plan de trabajo. Las cualidades físicas básicas o condicionales son conocidas también como orgánico funcionales, ya que dependen del trabajo de la construcción muscular y de la energía necesaria para este trabajo. (FUNLIBRE, 22 - 24 NOVIEMBRE 2001)

2.3.7. Enfermedades no transmisibles (ENT)

La salud mundial acusa los efectos de tres tendencias: envejecimiento de la población, urbanización rápida y no planificada, y globalización, cada una de las cuales se traduce en entornos y comportamientos insalubres.

En consecuencia, la creciente prevalencia de las ENT y de sus factores de riesgo es un problema mundial que afecta por igual a todos los países, con un 5% de la carga de enfermedad. Numerosos países están empezando a padecer por partida doble las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, y sus sistemas de salud afrontan ahora el costo adicional que conlleva su tratamiento.

En muy corto espacio de tiempo, la humanidad ha pasado de ser forzosamente activa, a ser forzosamente sedentaria, y donde ayer, la vida laboral y familiar, exigía un gran esfuerzo, hoy existe sedentarismo, comodidad y falta de tiempo.

Ante esta perspectiva, la actividad física recreativa es más que la simple ocupación del tiempo libre y más que un factor de prevención o tratamiento del exceso de la masa corporal, su práctica se vincula con el concepto de calidad y de expectativa de vida.

2.3.7.1. Sobrepeso y Obesidad.

Según la OMS, el 70% de la población en los países occidentales, no es lo suficientemente activa como para poder gozar de una buena salud”, la reducción de los niveles de actividad física y recreativa en la sociedad incrementan los riesgos de obesidad y el riesgo de multi-morbilidad y mortalidad.

Para la OMS, el aumento de la masa corporal grasa, constituye un problema de salud pública de alcance mundial, (Organización Mundial de la Salud, 57.ª Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 2004), se declara a la obesidad, epidemia del siglo XXI. Su prevalencia se ha triplicado en los dos últimos decenios. Y en estos momentos, hay el triple de personas obesas en el mundo de las que había en los años setenta del siglo pasado. Más de mil millones de personas adultas tienen sobrepeso, en el 2002; 300 millones de personas eran obesas, y 500

millones en el 2005. Tanto la obesidad como el sobrepeso son condiciones clínicas que están muy lejos de constituir un simple problema estético.

Cuando la gente come más de lo que oxida, el resultado es un aumento en la masa corporal y las personas con sobrepeso u obesas son más propensas a problemas de salud y consecuencias graves, como enfermedad arterial coronaria, hipertensión, accidentes cerebro-vasculares, trastornos biliares, diabetes tipo II, ciertos tipos de cáncer (mama, colon, vesícula biliar, páncreas, hígado y riñón) y trastornos psicosociales.

La obesidad es un estado orgánico en el que hay grandes depósitos de grasa, que ataca con mucha frecuencia a la persona sedentaria. La estética es un problema, pero lo que realmente decae es la parte orgánica, física y emocional del individuo, tanto la autoestima como el auto concepto bajan en buena forma, y esto acarrea diferentes problemas cardiovasculares, pulmonares, endocrinológicos y otros lo que disminuye la salud y la calidad de la vida.

2.3.8. Programas de Recreación

Los espacios verdes son ideales para recrearse físicamente, por seguridad es importante para los adolescentes realizar actividades recreativas en espacios donde existan obras de infraestructura deportiva, como canchas, terrenos para fútbol, áreas para caminatas, juegos, paseos o espacios para bailes y danzas, parques, entre otros. La práctica recreativa o deportiva en las calles o avenidas es peligrosa para el sistema articular y para la integridad física de los participantes.

Algunas de las conclusiones a las que llego el (XVI Congreso Panamericano de Educación Física)Entre otras fueron:

- Que se debe revitalizar la aplicación de programas físicos recreativos para la atención de las personas en las diferentes etapas de la vida por medio de la Educación Física, el Deporte y la Recreación, sobre todo en aquellos lugares donde no existen
- Que el mejoramiento de la calidad de vida sólo se logrará con un trabajo conjunto y permanente difundiendo y sensibilizando a los gobiernos y a la sociedad de la necesidad de acciones conjuntas para lograr hacer del niño/ la base fundamental del desarrollo en el adolescente
- Se ratifica que la recreación es un elemento fundamental para lograr el mejoramiento de la calidad de vida; donde la vida del ser humano moderno debe ser una conjugación armónica entre lo biológico, psicológico y social, lo que permitirá a las personas predisponerse a vencer los problemas cada vez más acuciantes de nuestra sociedad
- Recomendar que los profesionales de la Educación Física, el Deporte y Recreación, identifiquen las necesidades, los intereses y las motivaciones de los adolescentes para elaborar programas, tomando como base la recreación.

2.3.8. 1. Programa de actividades físicas recreativas

Para la elaboración de la programación con los Estudiantes se aplicó una encuesta, lo cual propició determinar las principales necesidades recreativas y físicas de esta franja etaria comprendida entre los 18 a 29 años de edad.

Se tomó en cuenta estados de opinión, deseos y preferencias de los estudiantes, lo que permitió aplicar métodos y técnicas para la confección de

los programas recreativos grupales y enfoques como: tradición, actualidad, preferencias los cuales contribuyeron para el cumplimiento y elaboración de la programación permitiéndonos vincular estas actividades dentro del accionar profesional de la recreación física.

2.3.8. 2. Desarrollo de las actividades físicas recreativas

Partimos de la cita que realiza (Carl Rogers) Al referirse a la esencia del rol del profesorado recreativo “Si no tengo confianza en el ser humano, me veo obligado a saturarle de información de mi elección, para que no siga su propio camino, es decir lo erróneo. Pero lo contrario si confiamos en el estudiante este debe desarrollar sus propias capacidades, para que escoja su propio camino y la elección para su aprendizaje

Nuestra función se concretó en impulsar, y facilitar la autonomía y creatividad de los estudiantes, para llevar a cabo las tareas previamente socializadas donde resaltamos dos fases:

Las pautas de actuación así como el material necesario, formas de realizar la actividad, donde nosotros tomamos las decisiones y el estudiante realizan las actividades previamente propuestas. La actuación nuestra y de los estudiantes se enmarcan dentro de las estrategias pedagógicas conocida con el nombre de Instrucción directa (Sánchez Buñuelos Fernando)

Posteriormente fuimos cediendo competencia al estudiante, dejando que este sea el protagonista principal. En esta fase mi actuación y la del estudiante se incluyen dentro de las estrategias pedagógicas conocidas con los nombres de enseñanza mediante la búsqueda ((Sánchez Bañuelos y Musca Mosston) o

también Tareas no definidas de los tipos I-II-III y tareas semi-definidas de los tipos I –II (Domingo Blázquez)

Estas dos fases planteadas no se deben entender como aisladas, sino como partes que constituyen un todo que debe articularse con una idea global. A la hora de iniciar la actividad, el Maestrante toma las decisiones, pero conforme pasa el tiempo son los estudiantes quienes tomaban determinadas decisiones sobre las actividades propuestas y planificadas previamente.

La aplicación del programa de actividad física recreativa contribuirá a que los estudiantes realicen las actividades con alegría, diversión y sano esparcimiento con una intensidad de trabajo moderada.

La prescripción de las actividades deberá ser revisada periódicamente, y adaptada a la capacidad cardiorrespiratoria de los estudiantes. Estos cambios pueden manifestarse en función de la edad, la intensidad, cantidad y frecuencia de las actividades luego de 4 a 6 semanas de iniciado el programa; siendo más lentos en la etapa de mantenimiento.

La recomendación de las actividades físicas recreativas se basa en la selección de las mismas en función del gasto energético que se requiere y de la capacidad funcional de la persona para su acondicionamiento, tomando en cuenta los intereses y preferencias de los estudiantes (fase recreativa).

Las actividades no necesitan ser extenuantes para ser beneficiosas, y tendrán una intensidad moderada del 60% o 70% de la frecuencia cardíaca, máxima; mayores cantidades de actividad física son beneficiosas, hasta cierto punto; si son excesivas podrían provocar lesiones, anormalidades en la menstruación o fracturas óseas en los estudiantes. Según La (Organización Mundial de la salud,

2010) La intensidad refleja la velocidad a la que se realiza la actividad o el ejercicio y la magnitud del esfuerzo requerido.

La respuesta funcional adaptativa de una sesión de actividad física recreativa está en función del producto entre la intensidad y la duración del ejercicio. Esto quiere decir que los efectos del acondicionamiento, la intensidad y la duración son inversamente proporcionales: a más duración, menos intensas deben ser las actividades.

Es aconsejable sesiones más largas con intensidades más bajas, para evitar lesiones y asegurar un gasto calórico moderado. Para personas normalmente sanas. La intensidad de las diferentes formas de actividad física varía de una persona a otra, dependiendo de su aptitud física y puede dividirse en:

Actividad física moderada

En una escala absoluta, intensidad de 3,0 a 5,9 veces superior a la actividad en estado de reposo. En una escala adaptada a la capacidad personal de cada individuo, la actividad física moderada suele corresponder a una puntuación de 3 o 6 en una escala de 0 a 10.

Actividad física intensa (vigorosa)

En una escala absoluta, intensidad 6,0 veces o más superior a la actividad en reposo para los adultos, y 7,0 o más para los jóvenes. En una escala adaptada a

la capacidad personal de cada individuo, corresponde entre 7 y 8 en una escala de 0 a 10.

Etapa de desarrollo:

Tiene como objetivo fundamental que los estudiantes mantengan la capacidad funcional de divertirse jugando y aumenten poco a poco los niveles de condición y aptitud física, bajo la supervisión de los Instructores para de esta forma ir ocupando y educando la utilización del tiempo programado para el desarrollo de las actividades físicas recreativas. Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos incluida la fase de calentamiento y descalentamiento.

El plan de actividades físicas recreativas propuesto está sustentado sobre la experiencia de un grupo de profesionales dedicados a trabajar en estos ámbitos o en programas similares y son coordinados por el Maestrante. Existen varios métodos que pueden ser utilizados dependiendo de las actividades físicas recreativas planificadas que tengan que realizar:

a.- Método continuo: Consiste en una actividad aeróbica prolongada, tiene la ventaja de que es fácil de prescribir y controlar

b.- Método intermitente: Consiste en rotar las diferentes actividades físicas recreativas en tiempos que deben fluctuar entre 5–15 minutos cada uno, con intervalos de descanso entre (20–45 segundos).

c.- Método intervalos: Consiste en períodos cortos de actividades físicas recreativas vigorosas o intensas (5-10 minutos), seguido de intervalos de descanso largos entre (1- 2 minutos).

Método de juegos:

Actividades: lúdicas, precompetitivas, adaptadas Fútbol, carreras, etc.

a.- Marcha: Comienza con un tiempo de 15 min, se mantiene durante las 3 primeras sesiones, aumenta cada 3 sesiones de 2-4 minutos hasta llegar a 30 min como mínimo y como máximo o ideal a 45 minutos.

b.- Trote: Comienza con un tiempo de 10-15 min, se mantiene durante las primeras 3 sesiones, aumenta cada 3 sesiones de 1-2 min, hasta llegar a 30 minutos, como mínimo y como máximo o ideal a 45 min; con una intensidad baja o moderada.

c.- Marcha-trote:

Comienza con 15 min, se mantiene durante las primeras 3 sesiones, aumenta un ciclo (5 min) cada 3 sesiones, hasta llegar a 15 min, como mínimo y como máximo o ideal a 30 minutos con intensidad baja o moderada.

Ejercicios respiratorios.

Contribuyen a una mejor oxigenación para la asimilación de las cargas de trabajo y una rápida recuperación, explicamos algunas formas de respirar:

- Decúbito supino, realizar una inspiración profunda por la nariz a la vez que se llevan los brazos extendidos por los laterales hasta arriba,

regresar a la posición inicial, realizando el movimiento inversamente espirando y bajando los brazos.(respiración diafragmática)

- Parado, caminar en la punta de los pies tomando aire por la nariz (fuerte y profundo), expulsarlo por la boca (suave y prolongada)
- Parado, realizamos la elevación de los brazos por los laterales arriba suavemente, tomando el aire por la nariz y expulsándolo por la boca a la vez que bajamos los brazos.
- Parado, realizamos una caminata suave, realizando una inspiración profunda por la nariz y expulsarlo fuertemente por la boca en forma de soplido.
- Decúbito supino, realizamos la elevación de los brazos por el frente hasta los lados de la cabeza, tomando el aire por la nariz, hasta llenar los pulmones y bajamos los brazos por los laterales, expulsando lentamente el aire por la boca, para regresar a la posición inicial.

Ejercicios de relajación muscular.

Son utilizados en la parte final de la sesión con el objetivo de lograr una total recuperación de los signos vitales, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y de la musculatura que intervino en la actividad.

Etapas iniciales

En esta fase se construye la parte introductoria o de adaptación al trabajo físico, pretende preparar óptimamente a los estudiantes para enfrentar con éxito el

programa. Esta parte crea un ambiente educativo y un estado psíquico favorable hacia la práctica de las actividades físicas recreativas, principalmente si son estudiantes sedentarios.

Desde el punto de vista didáctico-metodológico, debe propiciarse una clara motivación hacia el objetivo de la sesión. La información precisa sobre qué se debe lograr y cómo su tarea esencial es acondicionar, en primer lugar, el sistema cardiorrespiratorio, sistema articular y planos musculares para dar pasó a la parte principal.

b.- Calentamiento.

Los estudiantes deben realizar ejercicios sencillos de movimiento articular y flexibilidad de fácil ejecución. Este proceso permite preparar al cuerpo para la actividad y tienen una duración aproximada entre diez a 15 minutos.

La propuesta de ejercicios de estiramiento, para la movilidad articular y respiratorios, está sustentada sobre la base del programa realizado por (Gutiérrez y Cool), Los estudiantes deben realizar entre 10 y 20 repeticiones de cada uno de los ejercicios de movilidad articular y respiratorios, debiendo mantener la posición entre 10 y 15 segundos durante los ejercicios de estiramiento; se brinda una guía de ejercicios para que sirva de guía con las indicaciones y orientaciones correspondientes con para fortalecimiento, movilidad articular, tronco, tren inferior y superior, etc.

Actividades aeróbicas

Entre las actividades que se realizan se encuentran: actividades Precompetitivas, movimientos corporales con música, caminatas, trote, juegos

grupales, dinámicas, baile, aeróbicos, ejercicios de flexibilidad, equilibrio, coordinación, agilidad, relajación y concentración, entre otras.

Se debe desarrollar la resistencia en general también llamada de base, que es la recomendada para mantener o recuperar la salud. Al inicio del programa, deberá mantenerse hacia abajo del rango de intensidades, esto es especialmente importante en actividades como la marcha, la carrera, las actividades precompetitivas, en las que el gasto energético está en relación directa con la velocidad de desplazamiento o la resistencia programada.

Las actividades aeróbicas serán de baja intensidad e impacto, para reducir al mínimo el dolor muscular post-esfuerzo, prevenir lesiones y evitar experiencias físicamente desagradables como malestar, fatiga, etc. Al mejorar la condición cardiorrespiratoria del estudiante la frecuencia cardiaca en las actividades físicas tiende a disminuir; siendo este uno de los mejores indicadores para comprobar la adaptación progresiva y ajustar la intensidad en caso de ser necesario; la etapa inicial dura aproximadamente unas cuatro semanas, aunque depende del ritmo de adaptación de los estudiantes, siendo una población joven esta fase será casi inmediata.

Etapa para mejorar la condición aeróbica

Se caracteriza por ser más larga y por representar una mejora mucho más evidente y sostenida, puede ser más larga dependiendo de la condición (aptitud física) de la población intervenida. La intensidad se incrementa hasta el rango recomendado en el programa del 70% de la frecuencia cardiaca máxima; esta progresión se establece incrementando la intensidad, pero también la duración de las actividades físicas recreativas.

Etapa de mantenimiento de la condición aeròbica (Parte final)

Constituye parte de la clase donde se recupera el organismo, hasta llegar la frecuencia cardiaca a valores aproximados a los normales del inicio de la actividad, se brindan recomendaciones que refuercen las demás actividades del programa se repiten los ejercicios de estiramiento, respiratorios y una pequeña sesión de relajación muscular, tiene una duración aproximada de 5-10 minutos

Control.

Se ejecuta con las listas respectivas de los estudiantes involucrados que viene acompañado de refuerzos verbales se realizan antes, durante y al finalizar cada sesión.

Presentamos un ejemplo (sesión) del programa, para aplicarlo acorde a los tiempos planificados.

Tabla 1**Descripción de una sesión tipo (Programa físico - recreativo)**

Parte de la sesión	Tipo de trabajo
Calentamiento (10 a 15 minutos)	Preparación del cuerpo con actividades previas a la activación tanto física como mental
Parte principal (60 -. 80 minutos)	Actividades recreativas y físicas (juegos-aeróbicos de bajo impacto, caminata, trote baile, etc.)
Descalentamiento (vuelta a la calma) - 10 a 15 minutos	Trabajo con técnicas de relajación (control de la respiración, sistema articular, etc.)

Recomendaciones generales para los Estudiantes

Si alguien presenta alguna sintomatología o patología de cualquier tipo, molestia o dolor, durante la realización de las actividades, debe suspender la ejecución de los mismos.

- Deben usar una vestimenta corta, holgada y fresca
- La hidratación se entrega antes, durante y al finalizar las actividades
- Realizar las actividades físicas recreativas con música, siempre que sea posible.
- Cada sesión está planificada para una duración de 90 minutos

- La dosificación de las cargas de ejercicios debe tener en cuenta las características de los Estudiantes con una intensidad moderada.
- Las actividades se realizan en los horarios programados y habiendo transcurrido al menos dos horas después de la última ingesta alimentaria.
- Los estudiantes con fiebre, gripe o cualquier tipo de infección e indisposición no deben realizar las actividades programadas

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se realiza en la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública, Escuela de Educación para la salud de la Ciudad de Riobamba

3.1. Variables

Variable Dependiente: Cuestionario de salud SF-36

Índice de masa corporal IMC

Variable Independiente: Programa de actividad física recreativa

Variables intervinientes Edad, Sexo, entre otros

Tabla 2
Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	UNIDADES O CATEGORIAS	INSTRUMENTOS O REACTIVOS
VARIABLE INDEPENDIENTE PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA RECREATIVA	Esta variable es el programa de actividad física con su programación y aplicación	Test de Reflexiones personales	1.- ¿Cuáles son las diferentes motivaciones para realizar las actividades del programa? 2.- ¿Por qué su involucramiento en el programa de actividad física recreativa? 3.- ¿Cuál fue la satisfacción en la actividad física recreativa?	Encuesta
VARIABLE DEPENDIENTE CUESTIONARIO DE SALUD SF-36	Se aplica a todos los estudiantes al iniciar la investigación y al finalizar la misma. Además nos indica la incidencia o no del programa de actividad física en la salud de la población	Función física (FF) Desempeño físico (DF) Desempeño emocional (DE) Dolor corporal (DC) Salud mental(SM) Vitalidad (VT) Función social (FS) Salud general (SG) Transición en salud (T.S)	Escala de 0 a 100. Escala de 0 a 100 Escala de 0 a 100	Pre test Post test
INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	Este parámetro es fundamental por cuanto nos indica la relación de la masa corporal con la talla que refleja el estado nutricional en los estudiantes	Relación peso/talla ²	- 18,5 Infra peso 18,5 – 24,9 normal 25– 29,9 sobrepeso 30 – 34,9 Obesidad 35 – 39,9 Obesidad II 40 en adelante Obesidad mórbida	Pre test Post test
VARIABLE INTERVINIENTES				
EDAD	Refleja la edad de la población que se interviene	Cédula	Años cumplidos	ENCUESTA
SEXO	El sexo de cada estudiante	Cualitativo	Femenino Masculino	ENCUESTA

3.2. Tipo y diseño de estudio

La investigación es cuasi experimental y la planificación es de diseño cuantitativo y de corte transversal.

3.3. Participantes y su selección

Como criterios de inclusión se solicita que los participantes estén matriculados en la Escuela de Educación para la Salud y sean mayores de 18 años; se aplican algunos criterios de exclusión; no podrán participar personas que tuvieran: alteración de la conciencia, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, hemiplejía, ceguera, patología cerebelosa, estados demenciales, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, enfermedades no compensadas. Todas estas características son consignadas en la ficha de identificación e historial de los sujetos de estudio

3.4. Técnicas de recolección de datos

La investigación tiene características fundamentales previo al estudio mediante entrevista se aplica el International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) para el levantamiento, recopilación y análisis de la población a intervenir. Al iniciar y concluir la intervención del programa aplicamos el cuestionario de salud SF-36 para valorar los cambios o no percibidos en la salud y para evaluar los cambios en la masa corporal se aplica el Índice de masa corporal (IMC). La evaluación del programa de actividad física se realiza después de cada sesión a través del test de reflexiones personales

3.4.1. Descripción de los Instrumentos

3.4.1.1. Cuestionario Internacional de actividad física (IPAQ)

Entre los instrumentos existentes para medir la actividad física se puede mencionar el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), el cual ha sido utilizado en diversos estudios internacionales y se ha evaluado su validez y confiabilidad sugiriéndose su uso en diferentes países e idiomas. Además es propuesto por la OMS como un instrumento a utilizarse para vigilancia epidemiológica a nivel poblacional, dado que se ha puesto a prueba en 24 países y actualmente se emplea en varias redes regionales. Este instrumento aporta información sobre gasto energético estimado en 24 horas, en las distintas áreas de la vida diaria; tiene la ventaja de ser aplicable a grandes muestras de distintos niveles socioeconómicos dada su simplicidad tanto en su administración como en la obtención de los puntajes.

El cuestionario permite categorizar a los individuos en inactivos, regularmente activos y muy activos. Estas categorías se basan en los siguientes criterios: se consideran inactivos, los estudiantes sin actividad reportada o no incluido en los niveles moderado o alto; regularmente activos, los que cumplan con cualquiera de los siguientes criterios: 3 o más días de actividad intensa de al menos 20 minutos por día; 5 o más días de actividad moderada y/o caminata de al menos 30 minutos; 5 o más días de cualquier combinación de caminata, moderada o intensa llegando a 600 METS-minutos por semana; y muy activos, cualquiera de los dos criterios siguientes:

Actividad intensa 3 días acumulando 1500 METS-minuto por semana. 7 o más días de cualquier combinación (caminata, moderada, intensa) acumulando 3000 METS-minutos por semana. La actividad física total puede ser estimada de

acuerdo al gasto energético expresado en MET-minutos por semana, acorde a las recomendaciones actuales la combinación de actividades de intensidad moderada y vigorosa asociada con beneficios a la salud debe al menos alcanzar un gasto energético entre 450 a 750 MET semanal.

Tabla 3

Requerimiento energético para cada tipo de actividad física

TIPO DE ACTIVIDAD FISICA	REQUERIMIENTO ENERGETICO METS
Caminar	3,3
Moderada	4,0
Vigorosa	8,0

Fuente: Craig et al (2008)

Tabla 4

Descripción de los niveles de actividad física IPAQ

NIVELES DE ACTIVIDAD FISICA	DESCRIPCION
VIGOROSA	<p>Actividad física intensa (aproximadamente > 6 MET)</p> <p>Requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca.</p> <p>Se consideran ejercicios vigorosos:</p> <p>Ascender a paso rápido o trepar por una ladera; desplazamientos rápidos en bicicleta; aerobio; natación rápida; deportes y juegos competitivos (p. ej., juegos tradicionales, fútbol, voleibol, hockey, baloncesto); trabajo intenso con pala o excavación de zanjas; desplazamiento de cargas pesadas (> 20 kg).</p>
MODERADA	<p>Aproximadamente 3-6 MET</p> <p>Requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardíaco.</p> <p>Ejemplos:</p> <p>Caminar a paso rápido; bailar; jardinería; tareas domésticas; desplazamiento de cargas moderadas (< 20 kg).</p>
BAJA	<p>Los individuos que no cumplen con ninguno de los requerimientos de las categorías alta y moderada</p> <p>Cuando es menos de 150 minutos a la semana</p>

Fuente: (Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, acti, 2005)

A menudo se utilizan los equivalentes metabólicos (MET) para expresar la intensidad de las actividades físicas. Los MET son la razón entre el metabolismo de una persona durante la realización de un trabajo y su metabolismo basal. Un MET se define como el costo energético de estar sentado tranquilamente y es equivalente a un consumo de 1 kcal/kg/h.

Los resultados de las encuestas fueron analizados bajo la guía para el procesamiento de datos del IPAQ (2005). El cual indica que el análisis puede ser categórico o continuo, dado que no existe una distribución normal de gasto energético en muchas poblaciones, se sugiere que el indicador continuo se presente como la mediana minutos/semana o mediana MET – minutos/semana en lugar de medias. (IPAQ Core Group 2005). Se obtiene multiplicando los MET de cada actividad física por los minutos correspondientes realizados. Al multiplicar este resultado por los días realizados de cada actividad física se obtuvo Mets - minuto/semana, para cada tipo de actividad física.

Administración del Cuestionario

El cuestionario fue administrado mediante una encuesta directa con los 290 estudiantes que conforman la Escuela de Educación para la Salud (apéndice 1 - Ficha)

3.4.1.2. Cuestionario de Salud SF-36

Para tomar decisiones en los tratamientos médicos, en el caso del consentimiento informado y en las intervenciones para mantener la vida en el campo de los servicios de salud, se debe establecer prioridades ,diseñar, implementar, seguir y evaluar programas de prevención, atención y rehabilitación,

usados como complemento de los indicadores tradicionales de morbilidad, mortalidad o expectativa de vida.

Para evaluar sintomatologías o patologías, uno de los instrumentos genéricos validado en español es el cuestionario SF-36. Que en su idioma original mostró confiabilidad y validez de apariencia, de contenido, de criterio concurrente, predictiva y de constructo. Ha sido usado en más de 40 países en el proyecto International Quality of Life Assessment (Iqola), está documentado en más de 1.000 publicaciones, su utilidad para estimar la carga de la enfermedad está descrita en más de 130 condiciones y por su brevedad y comprensión se usa ampliamente en el mundo.

El cuestionario SF-36 es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, explorando la salud física y mental (Apéndice 2- ficha). El SF-36 No está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los temas. El contenido del cuestionario se centra en el estado funcional y el bienestar emocional, con un ámbito de aplicación abarca la población general, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.

Para este estudio se utiliza la versión española del Cuestionario de Salud SF-36, en su versión 1.4; debido a su simplicidad y corto tiempo de aplicación. Consiste en 36 ítems subdivididos en ocho dominios: función física, 10 ítems: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12; vitalidad, 4 ítems: 23, 27, 29 y 31; desempeño físico, 4 ítems: 13, 14, 15 y 16; dolor físico, 2 ítems: 21 y 22; salud general, 5 ítems: 1, 33, 34, 35 y 36; función social, 2 ítems: 20 y 32; desempeño emocional, 3 ítems: 17, 18 y 19; salud mental, 5 ítems: 24, 25, 26, 28 y 30; cambio de salud, 1 ítem: 2 (Lugo, García y Gómez, 2006). (Apéndice 3- Dimensiones del SF-36)

Cada pregunta recibe un valor que se transforma en una escala que oscila de 0 a 100, donde 0 corresponde al peor estado de salud y 100 a la salud óptima, luego se suman los resultados de los ítems que pertenecen a cada dominio para obtener un valor general.

Los investigadores (Villagut y otros, 2005). Realizaron un estudio de 79 casos y concluyen que el cuestionario SF-36. Conjuntamente con las nuevas versiones desarrolladas, es un instrumento muy adecuado para el uso en investigación y en la práctica clínica. Ellos descubrieron que el 96% de las escalas superaron el estándar propuesto de confiabilidad y reproductividad (alfa de Cronbach) de 0.7.

Se encuentra una adecuada validez ($r = 0.74$). Las estimaciones agrupadas obtenidas por la meta análisis son superiores a 0.7 en todos los casos. El SF-36 muestra, además, buena discriminación entre grupos de gravedad, correlación moderada con indicadores clínicos y alta con otros instrumentos. (Apéndice 4 – subes calas SF -36)

Administración del Cuestionario

Al grupo de Intervención y al grupo de comparación el cuestionario les fue administrado mediante una entrevista directa con los Estudiantes antes y después de finalizar el Programa de Actividad Física Recreativa.

3.4.1.3. Índice de Masa Corporal (IMC) (BMI) = (KG/M²)

Para su cálculo se utiliza un estadiómetro y una báscula debidamente calibrados:

Tabla 5

Estado Nutricional (Infra peso, Sobrepeso y Obesidad)

CLASIFICACIÓN	IMC (KG/M ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Pre obeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obesidad	30,00 > 30,00	30,00-34,99
		35,00-39,99
		>40

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

3.4.1.4 Test de reflexiones Personales

En la actualidad, es muy popular que las personas participantes en un tratamiento registren su propia conducta ((Sulzer y Mayer, 1990)). Después de cada sesión del programa se dieron las reflexiones personales de los participantes que consistió en hacer tres preguntas por escrito a dos participantes escogidos aleatoriamente.

3.5. Descripción de procedimientos

Previo a la investigación propuesta, se solicita el permiso correspondiente a las Autoridades Institucionales y los estudiantes son reunidos en sus diferentes aulas y Niveles de la Escuela donde se les explica detalladamente, la planificación del programa, los objetivos del estudio, su metodología y participación voluntaria con algunas instrucciones generales

Estos acuerdos especifican las funciones y responsabilidades de manera que la programación se conduzca de un modo efectivo y eficiente. Entre estos elementos del acuerdo se incluye llenado de fichas, el propósito, los usuarios, quienes pueden participar, los horarios, los métodos, los productos finales, las fechas límites del cronograma y el presupuesto.

Los estudiantes asisten a clases normalmente en sus diferentes horarios y fueron seleccionados de forma voluntaria de Primero a Séptimo Nivel, de acuerdo a listado entregado por Secretaria en edades comprendidas entre los 18 hasta los 29 años de edad (Anexo 1- Listado Inicial)

Una vez que acceden a participar de manera voluntaria se pone en consideración de los estudiantes el llenado de un formulario de consentimiento informado, para que brinden la información requerida por los investigadores y que se practiquen los procedimientos necesarios para llevar a cabo la “Aplicación del programa de actividades físicas recreativas, con el compromiso de finalizar dicho programa; manteniendo la confidencialidad de la información (apéndice 5 – consentimiento informado)

Procedemos con la encuesta y recopilación de datos para la ficha personal que es llenada y firmada por cada estudiante con un promedio aproximado de 20 minutos por aula; esta información es necesaria para tener el conocimiento

de quienes participan y conocer diferentes aspectos de los estudiantes como: características generales, masa corporal, estatura, índice de masa corporal, historia clínica e Historia nutricional: se vuelve fundamental conocer conductas, estilos de vida, sintomatologías, patologías, etc. Para poder realizar la intervención (apéndice 6 – Ficha personal)

Los estudiantes son distribuidos en dos grupos por muestreo discrecional, debido a situaciones de logística, horarios académicos y los permisos correspondientes, conformándose de acuerdo a los Semestres que posee la Escuela. Un grupo tratamiento para el análisis del efecto producido por el programa de actividad física recreativa con 57 estudiantes 29 de Tercero “A”; y 28 de Tercero “B”. (14 de sexo Masculino y 43 del sexo femenino); la edad media de este grupo es de 22 años. (Apéndice 7- grupo de intervención)

El grupo de comparación (control) está conformado por alumnos de Primero a Séptimo Nivel con excepción de los Terceros, con 233 estudiantes (52 de sexo Masculino y 181 del sexo Femenino); la edad promedio es de 22 años. Este grupo se somete a las evaluaciones iniciales y finales en las mismas fechas que el grupo de intervención (Apéndice 8 – grupo de control)

El grupo de intervención realiza el programa de las actividades físicas recreativas desde el mes de julio y concluye en septiembre del 2014. Trece semanas, 29 sesiones, de 90 minutos cada una y una sesión mensual de ciento veinte minutos, con una duración efectiva total de 2700 minutos. Las actividades estuvieron a cargo del Maestrante y los diferentes profesionales, las mismas fueron desarrolladas los días Miércoles y Jueves en las cancha del estadio Institucional desde las 17h00 hasta las 18h30 y cada fin de mes desde las 08h00 hasta las 10h00 en el parque lineal Chibunga.

Se aplica el cuestionario de Salud.- SF-36 a los dos grupos con la finalidad de establecer de una forma cualitativa y cuantitativa la percepción de los estudiantes hacia el tratamiento o no utilizado en esta investigación y su incidencia en la salud; La encuesta con los estudiantes se realiza antes de iniciar la intervención y después de tres meses al finalizar el programa: (Anexo 2 – Encuesta inicial SF-36).

El estado nutricional es fundamental por lo que se procede a tomar la masa corporal utilizando la báscula DC-430U debidamente calibrada. El estudiante coloca las plantas de los pies desnudas y limpias sobre la plataforma de electrodos en posición correcta y relajada, y con la menor cantidad de ropa posible, las palmas de las manos extendidas y descansando lateralmente en los muslos sin hacer movimiento alguno.

La estatura es la distancia entre la región plantar y el vertex, en un plano sagital, siendo el mejor indicador de la talla con sus longitudes óseas. El estudiante esta descalzo y con la menor ropa posible, los talones unidos tocando la base del piso, con los bordes internos de los pies en un ángulo aproximado de 60 grados, ninguna parte del cuerpo toca el estadiómetro, los brazos caen libremente a los lados del cuerpo y la cabeza está orientada en el plano horizontal de Frankfort.

La medición de la masa corpórea y la estatura se toman para proceder con el cálculo del índice de masa corporal como predictor de mortalidad de sobrepeso u obesidad; estas medidas antropométricas son tomadas al inicio y finalización del Programa tanto al grupo de intervención como al de comparación. El llenado de las fichas se trabaja durante tres días con horarios desde las 08h00 hasta las 12h00 y desde las 14h00 hasta las 18h00 con la colaboración de los estudiantes de Tercer semestre. (Anexo3 – listado inicial IMC)

La planificación diseñada para el programa físico recreativo contiene actividades de bajo impacto, la velocidad de la música cuando fue requerida estuvo entre 120 a 140 beats por minuto. Los horarios, el plan de actividades físicas recreativas toma en cuenta elementos como infraestructura, intereses y necesidades físicas recreativas y disponibilidad de recursos. (Anexo 4 – programa de actividades físicas recreativas)

Una vez terminada la sesión programada se realiza tres preguntas por escrito a dos participantes escogidos aleatoriamente:

1.- ¿Cuál es la motivación para realizar el programa de actividades físicas recreativas?

2.- ¿Porque su involucramiento en el programa de actividad física recreativa?

3.- ¿cuál es la satisfacción en la actividad física recreativa?

Las preguntas formuladas están relacionadas con la experiencia vivida durante la sesión, los beneficios que pudieron percibir y de cómo dichas actividades podrían ayudar en su vida personal. (Apéndice 9 – Ficha reflexiones personales)

A los estudiantes se les realiza un seguimiento con el control de la asistencia al final de cada sesión, de manera que cumplan con todas las actividades programadas. (Apéndice 10 – ficha control asistencia)

3.6. Talento Humano

Fue necesario determinar la composición de un equipo técnico multidisciplinario diferentes profesionales como:

- Coordinador general
- Profesor de aeróbicos
- Profesor de baile
- Secretaria

Todos ellos responsables de la elaboración, mantenimiento y ejecución de las diferentes actividades físicas recreativas; las mismas que dependieron de su naturaleza donde claramente se vieron reflejados todos los intereses y opiniones de los involucrados (estudiantes) en la investigación. Además varios de ellos colaboraron realizando el levantamiento de la información, con el objetivo común de generar las diferentes actividades programadas en el campo de la prevención y la salud.

3.7. Seguimiento y evaluación

Los estudiantes respondieron de manera auto diligenciada (con presencia de un encuestador por curso) debido a la dificultad de algunas preguntas para garantizar que no existan datos omitidos o sin responder de los diferentes cuestionarios. Con los diferentes profesionales inmersos en el programa permanentemente se realiza el seguimiento y evaluación de las diferentes actividades verificando el cumplimiento establecido para cada proceso a través de los instrumentos creados para este programa de acuerdo a la planificación entregada.

Concluido el plazo para la terminación de esta investigación se verifica el grado de aceptación y satisfacción a través de los diferentes indicadores propuestos, comprobando el cumplimiento de los objetivos del programa de acuerdo a las necesidades para las cuales fue inicialmente concebido este estudio. Se emitirán conclusiones y recomendaciones a efecto de incentivar, cambiar o mejorar los futuros proyectos o programas que tengan relación con estos temas investigados.

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Presentación, y análisis comparativo con la fundamentación científica

En el siguiente capítulo se presentan los resultados más importantes del estudio, que están resumidos en tablas y gráficos con su respectiva interpretación

En la elaboración de la información estadística este proceso se caracteriza por el análisis de resultados y su comparación entre las diferentes variables con los indicadores establecidos en la matriz entre la fase inicial y la fase final después de los tres meses que termina la investigación. Se evalúan los cambios que se produzcan y que afectan la salud o no de los estudiantes del grupo de experimentación y del grupo control.

Como estadística descriptiva se calculan los promedios \pm desviación estándar (DE) de la variable dependiente Cuestionario de salud SF-36 y el Índice de masa corporal de las y los estudiantes de la Escuela de Educación para la Salud Como estadístico se utilizara el T student para muestras relacionadas y muestras Independientes; por medio del cual se compararan los resultados arrojados de las ocho dimensiones y 36 ítems del cuestionario de salud. Como software estadístico se utilizará el complemento IBM SPSS STATISTICS V20 para el tratamiento de la información. Para efectos del estudio el alfa se fijó en 5% ($p \leq 0.05$).

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

Tabla 6

Gasto energético y actividad física en hombres

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA	NUMERO	PORCENTAJE	TOTAL METS	PROMEDIO METS/ SEMANA	PROMEDIO MIN/ DIA
ALTO	5	7,58	13.948,00	2.790	49,81
MODERADO	30	45,45	37.270,00	1.242	44,36
BAJO	31	46,97	11.091,50	358	15,49

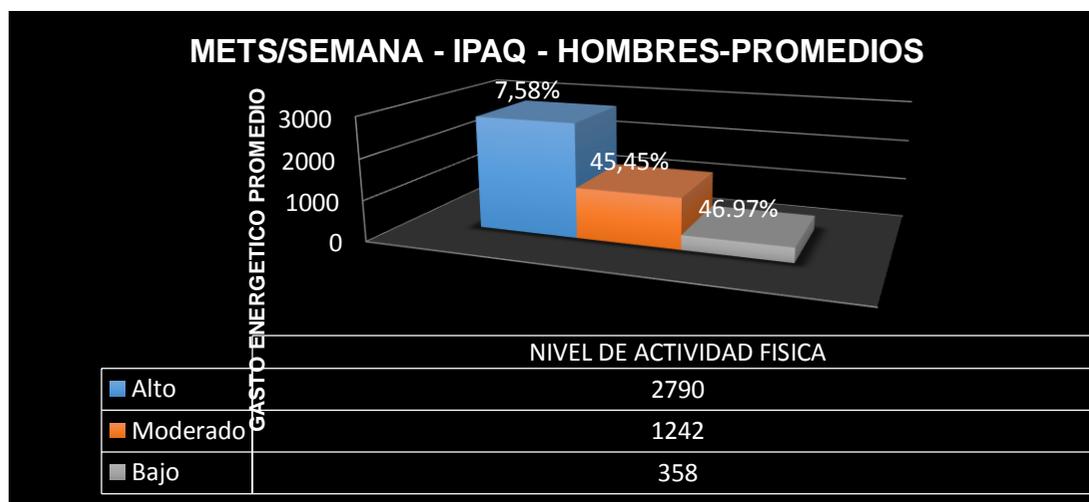


Figura 1. Promedio Mets por semana – Hombres

Se presenta los MET por los minutos consumidos de acuerdo al gasto energético durante la semana con 5 estudiantes que representan el 7,58% y 2790 Mets, considerados como muy activos realizan 49,81 minutos de actividad física por día. 30 estudiantes 45,45% consumen hasta 1242 Mets categorizados como moderados o regularmente activos con 44,36 minutos de actividad física por día. Y 31 estudiantes 46,97 % con 358 Mets ubicados en la categoría baja considerados como inactivos con 15,49 minutos de actividad física por día. (Anexo 5 - IPAQ Hombres)

Tabla 7

Gasto energético y actividad física en mujeres – IPAQ

NIVEL DE ACTIVIDAD FISICA	ESTUDIANTE	PORCENTAJE	TOTAL METS	PROMEDIO METS/SEMANA	PROMEDIO MIN/DIA
ALTO	49	21,88	124.983,50	2.551	48,99
MODERADO	86	38,39	112.570,50	1.309	45,75
BAJO	89	39,73	30.531,00	343	14,85

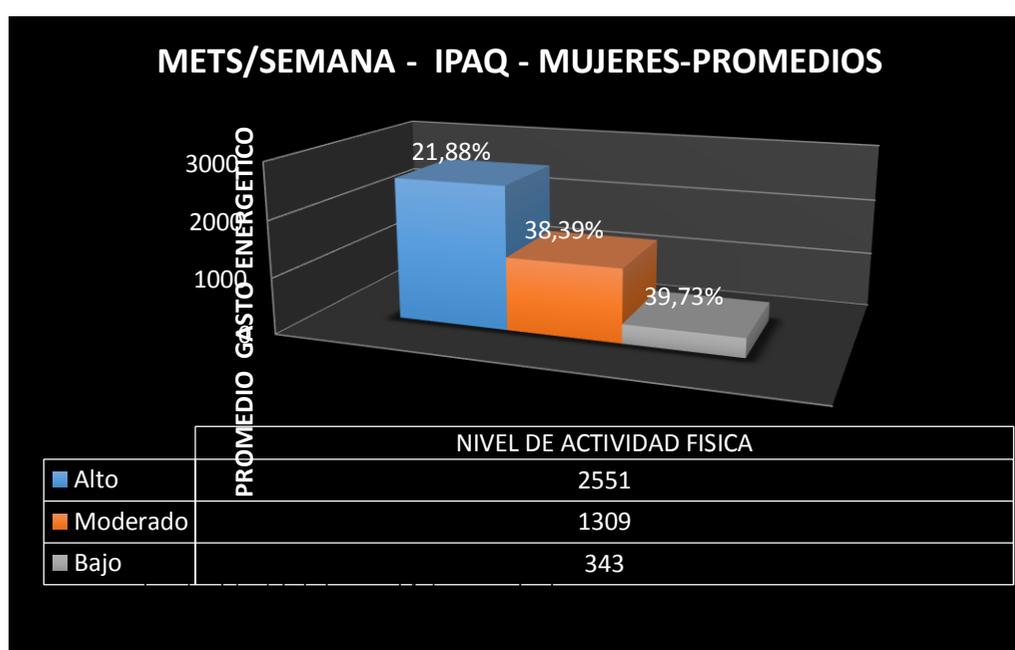


Figura 2. Promedio Mets por semana – IPAQ Mujeres

El grafico muestra a 49 estudiantes que representan el 21,88% con 2551 METS semanales, considerándose en la categoría alta como muy activos, realizan 48.99 minutos de actividad física por día. 86 estudiantes con 38,39% hasta 1309 METS categorizados como moderados o regularmente activos con 45.75 minutos por día. Y 89 estudiantes 39,73 %, con 343 Mets ubicados en la categoría baja considerados como inactivos con 14,55 minutos de actividad física por día (Anexo 6 - promedio IPAQ mujeres)

Tabla 8

Gasto Promedio Hombre y Mujeres Mets/ Semana

Genero	Promedio Mets/Semana
masculino	1463
femenino	1401

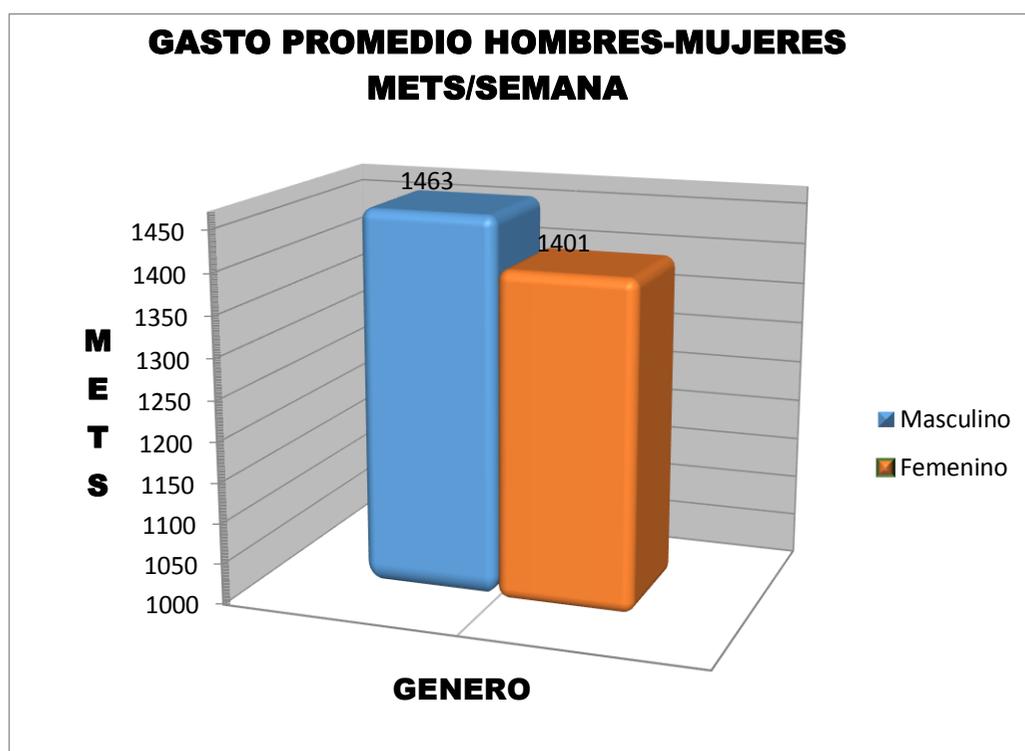


Figura 3. Gasto promedio Hombres y Mujeres Mets/ Semana

El gasto promedio de los varones es de 1463 Mets con el 51.08% y en las mujeres de 1401 Mets con el 48.92%, que explica una mínima diferencia, que quienes generan mayor gasto energético en esta población de Estudiantes es el sexo masculino.

Tabla 9

Encuesta de la población de los Estudiantes de la Escuela de Educación para la Salud (2014) características sociodemográficas

	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	n´	%	n´	%	n´	%
TOTAL	290	100,00	66	22,76	224	77,24
EDAD (años)						
18	13	4.48	4	1,38	9	3,10
19	50	17.56	8	2.76	42	14.80
20	44	15.19	5	1.72	39	13.45
21	65	22.42	16	5.52	49	16.90
22	54	18.62	14	4,83	40	13.79
23	31	10.69	6	2.07	25	8.62
24	16	5.51	9	3.10	7	2.41
25	7	2.41	1	0.34	6	2.07
26	4	1.38	2	0.69	2	0.69
27	3	1,00	1	0.31	2	0.69
28	2	0.69	0	0.00	2	0.69
29	1	0.34	0	0.00	1	0.34
Promedio Edad Hombres X (21.65) S (2.16) Mujeres X (21.29) S (2.01)						
SEMESTRES DE LOS ESTUDIANTES						
Primero	68	23,45	19	6,55	49	16,90
Segundo	38	13,10	6	2,07	32	11,03
Tercero	57	19,66	14	4,83	43	14,83
Cuarto	49	16,90	12	4,14	37	12,76
Quinto	35	12,07	10	3,45	25	8,62
Sexto	20	6,90	4	1,38	16	5,52
Séptimo	23	7,93	1	0,34	22	7,59
ESTADO CIVIL						
Solteros	265	91,38	58	20,00	207	71,38
Unión libre	14	4,83	3	1,03	11	3,79
Divorciada	1	0,34	0	0,00	1	0,34
Casada	10	3,45	1	0,34	9	3,10
INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) (ESTADO NUTRICIONAL)						
GRUPO CONTROL						
TOTAL	233	100,00	52	22,30	181	77,70
Normal	164	70,40	34	14,58	130	55,80
Sobrepeso	59	25,30	16	6,86	43	18,46
Obesidad	10	4,30	2	0,86	8	3,44
Grupo INTERVENCIÓN						
TOTAL	57	100,00	14	24,60	43	75,40
Normal	38	66,70	8	14,06	30	52,61
Sobrepeso	11	19,30	4	7,03	7	12,28
Obesidad	8	14,00	2	3,51	6	10,51
HOMBRES X (24,24) S (3,41) MUJERES X (23,83) S (3,99)						
ESTATURA: HOMBRES X (167,21) S (6,79) MUJERES X (155,69) S (6,31)						
MASA CORPORAL (KG): HOMBRES X (67,52) S (11,01) MUJERES X (57,32) S (10,57)						

CUESTIONARIO DE SALUD SF - 36

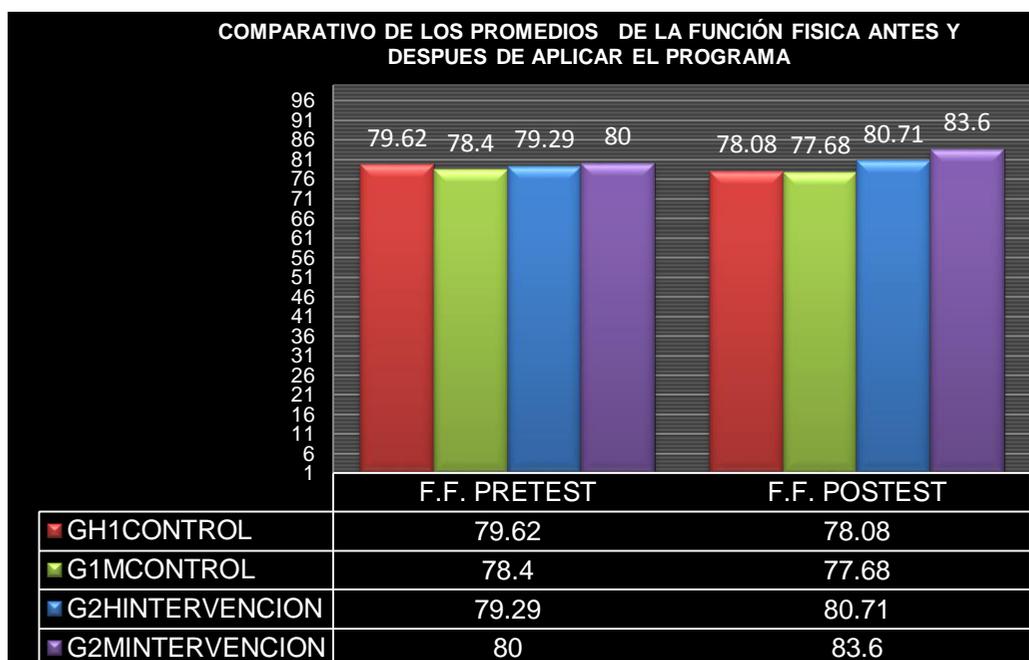


Figura 4. Comparativo de los Promedios en la Función Física antes y después de aplicar el programa con el SF-36

Al realizar el pretest se obtienen valores medianos en los cuatro grupos, con datos casi similares asociándose a ciertas limitaciones en esfuerzos moderados e intensos lo que afecta una mayor demanda de actividad física en los Estudiantes. Al aplicar el pos test al grupo de Intervención, quienes realizaron el programa podemos observar una mejora significativa en el promedio de esta función. En el grupo control se da un ligero decremento lo que limita la salud de esta población.

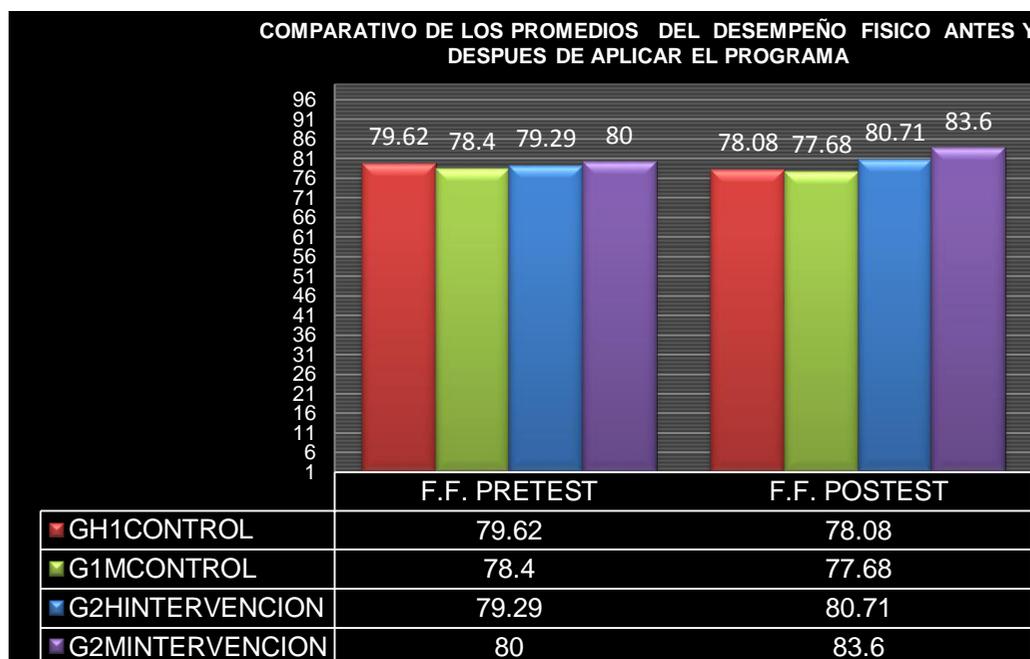


Figura 5 Comparativo de los Promedios del Desempeño Físico antes y después de aplicar el programa con el SF-36

En el pretest en los dos grupos se observan promedios similares bajos lo que indica problemas con la capacidad de reacción del estudiante en determinadas circunstancias así como su fuerza y resistencia en las diferentes actividades diarias. En el grupo control comparado el pretest con el pos test en el género masculino y femenino se da un ligero decremento. En el grupo de intervención entre el pretest con el pos test en este último se observa una mejoría en sus promedios en el género masculino, siendo los valores más altos en el sexo femenino con un piso techo significativo

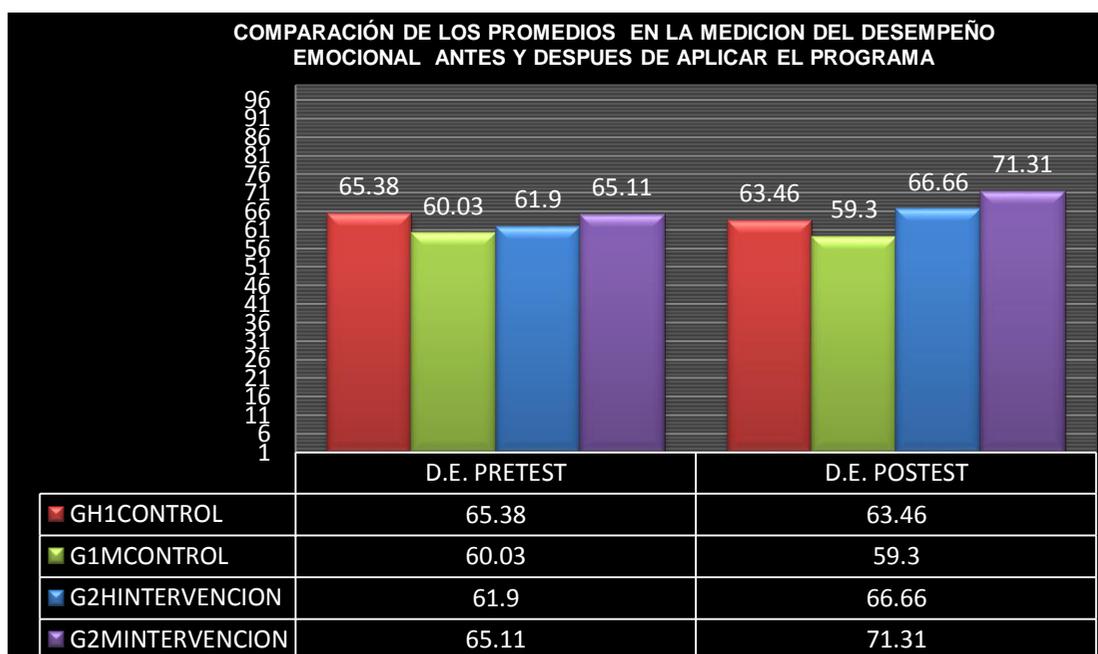


Figura 6. Comparativo de los Promedios del Desempeño Emocional antes y después de aplicar el programa con el SF-36

Con respecto a esta dimensión en el pretest se puede observar bajos porcentajes en los dos grupos lo que incide posiblemente para que los estudiantes no realicen de manera eficiente sus tareas en el desarrollo de sus actividades académicas diarias como consecuencia de su situación emocional.

En el pos test en el grupo de intervención se observa una mejoría significativa en relación con el pretest inicial. En el grupo control comparado el pre test con el pos test se da una condición negativa no significativa en su promedio

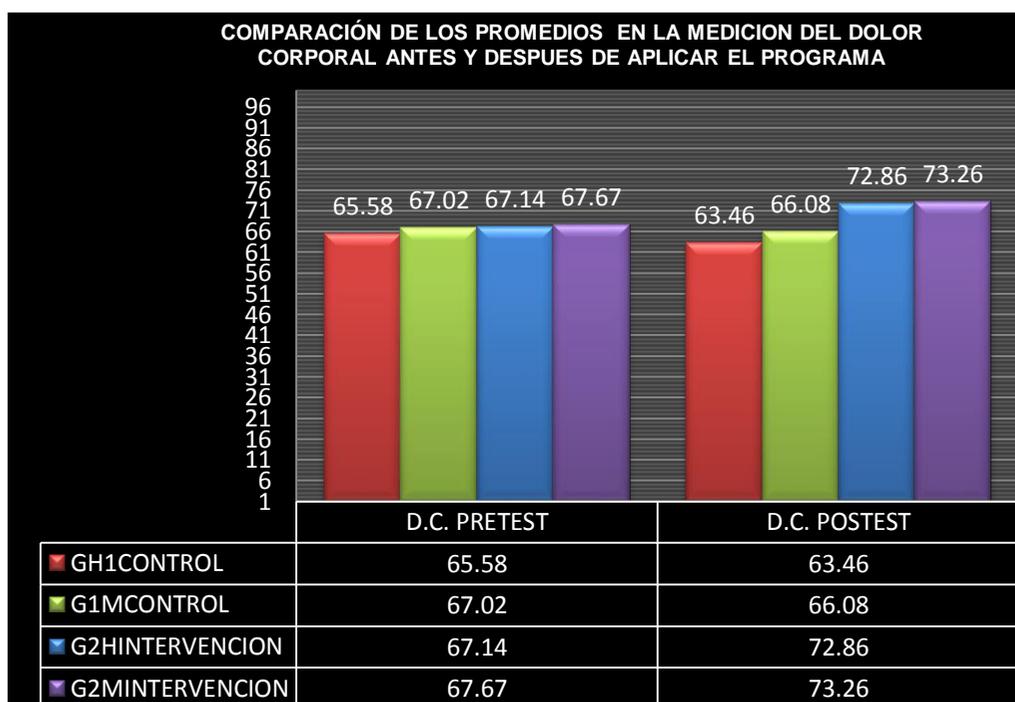


Figura 7. Comparativo de los Promedios del Dolor Corporal antes y después de aplicar el programa con el SF-36

Analizados los datos de esta dimensión en el pretest los valores son bajos lo que significa que existe algún tipo de dolor como una experiencia emocional y sensorial que podría estar asociada a una lesión o expresada como si ésta existiera. El dolor es un mecanismo esencial de supervivencia y tiene un propósito vital al señalar que “algo se debe hacer”. Estas dolencias corporales engloban al sistema músculo-esquelético en general; en el pos test se da una mejoría en el grupo de intervención en el género masculino y femenino. En el grupo control se da un ligero decremento negativo.



Figura 8. Comparativo de los Promedios de la Salud Mental antes y después de aplicar el programa con el SF-36

La dimensión del componente de salud mental de acuerdo al grafico en términos generales corresponde al estado de equilibrio entre el estudiante y su entorno socio-cultural, lo que garantiza su participación, intelectual y de relaciones para alcanzar su bienestar y calidad de vida. En los dos grupos de estudio en el pretest los porcentajes son bajos y nos indican posibles problemas de depresión, ansiedad control de la conducta, etc. De los datos obtenidos después de aplicar los tratamientos en el pos test en el grupo de intervención se presentan diferencias significativas, mientras que en el grupo de control se mantienen las cifras con un ligero decremento en el sexo masculino

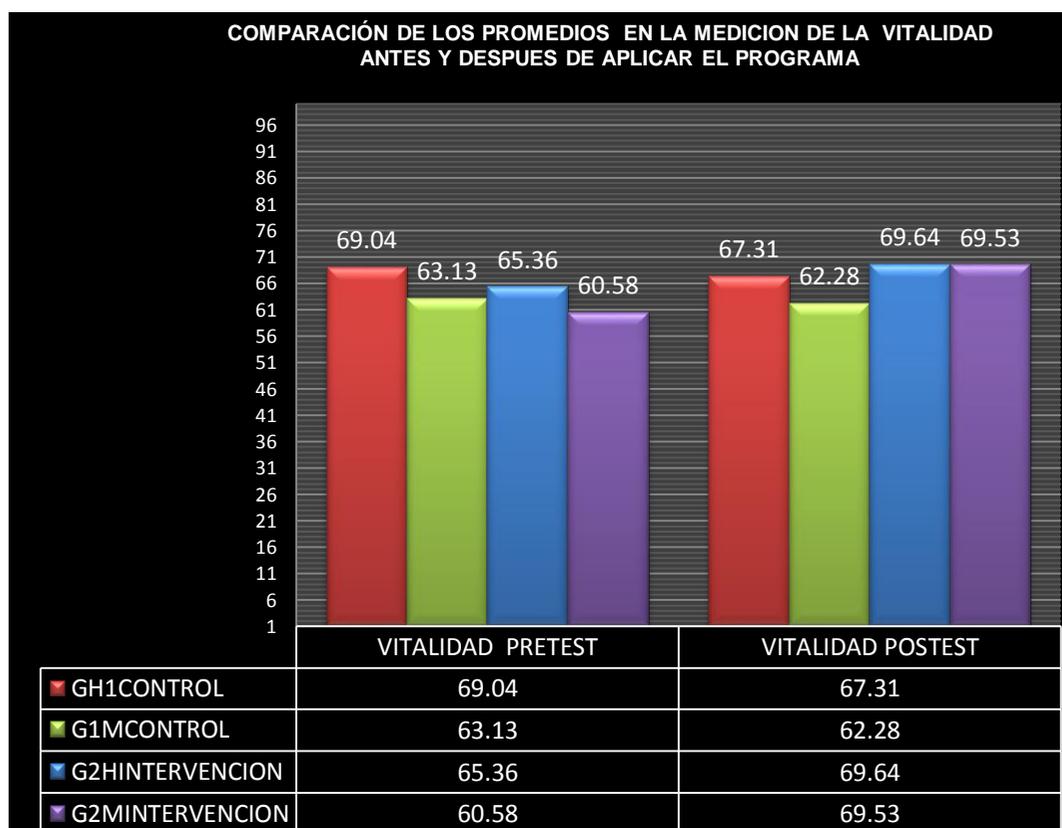


Figura 9. Comparativo de los Promedios de la Vitalidad antes y después de aplicar el programa con el SF-36

La dimensión de vitalidad corresponde al dinamismo, vigor y energía del estudiante en su vida diaria, inicialmente en los dos grupos los valores son más bajos. En el grupo de intervenciones comparadas el pre test con el pos test el sexo masculino y femenino tiene una mejoría significativa con más predisposición en el masculino. En el grupo control si comparamos el pretest con el pos test se denota una mínima disminución lo que iría afectando negativamente la salud de esta población.

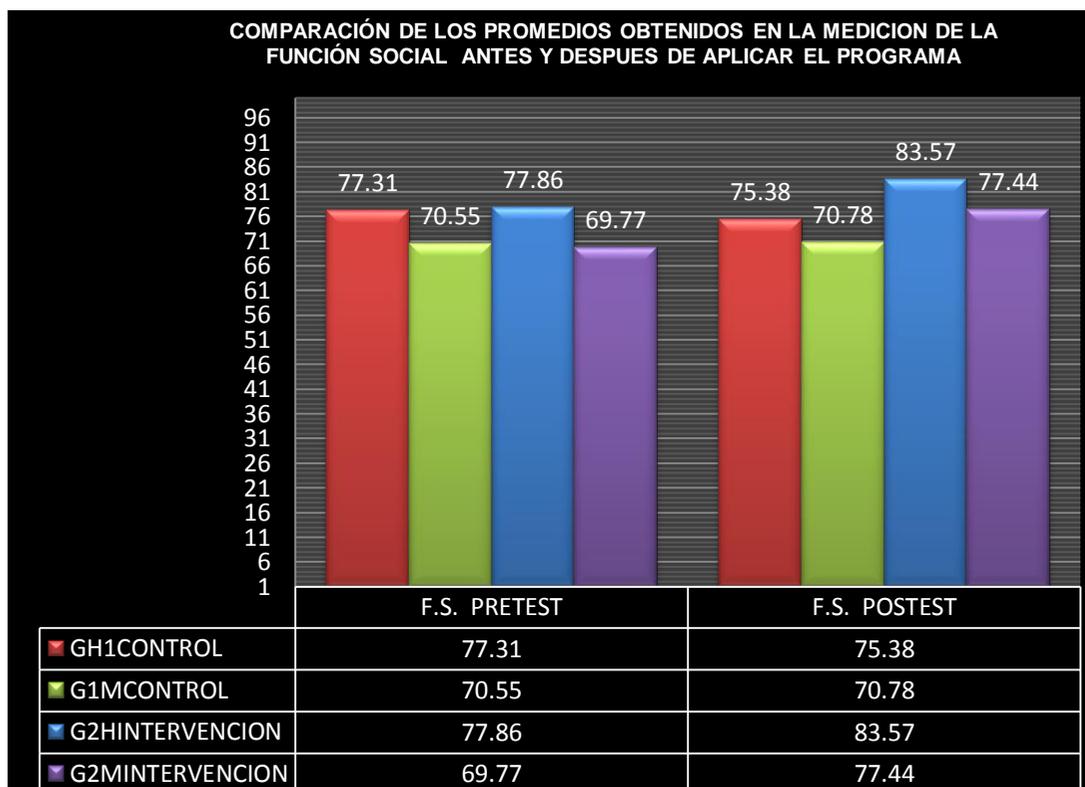


Figura 10. Comparativo de los Promedios de la Función Social antes y después de aplicar el programa con el SF-36

En la dimensión de la función social esta interfiere con la vida social habitual de los estudiantes debido a problemas físicos, sociales o emocionales; comparados en el grupo de intervención entre el pretest y el pos test se dan cambios positivos interesantes en esta población especialmente en el sexo femenino y en el grupo masculino en menor proporción. En el grupo control comparado el pre test y el pos test se da un cambio mínimo positivo en el sexo femenino y en el sexo masculino se da un ligero decremento

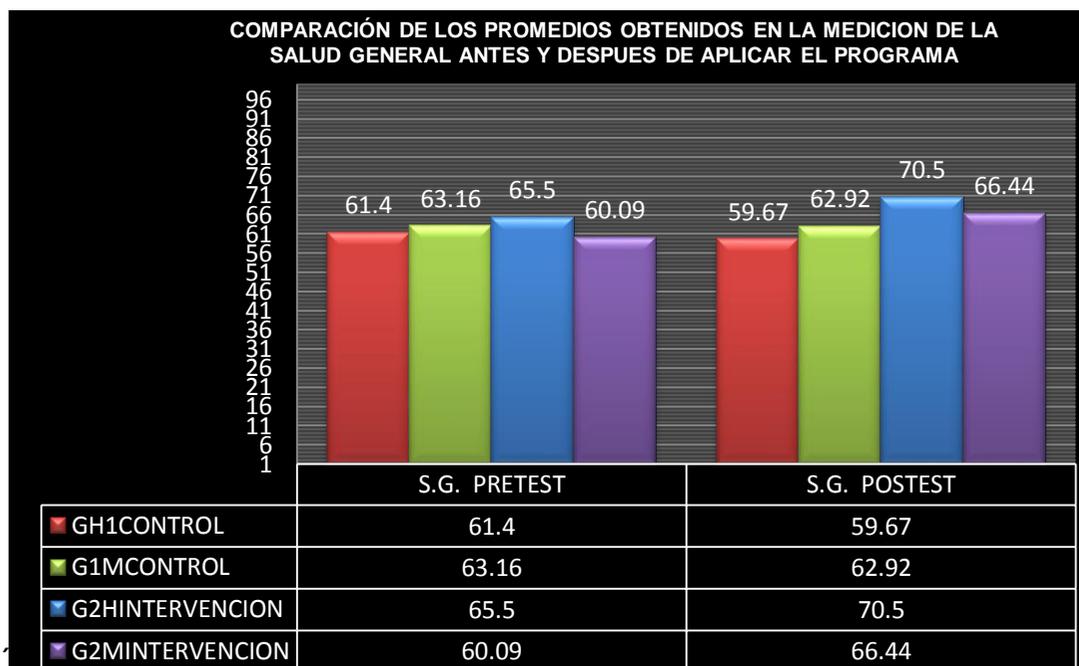


Figura 11. Comparativo de los Promedios de la Salud General antes y después de aplicar el programa con el SF-36

En la dimensión de la salud en general esta incluye la condición de la población estudiantil como seres vivos que deben gozar de un absoluto bienestar a nivel físico como mental y social.

En los dos grupos inicialmente sus promedios son bajos posiblemente por cualquier stress, afección o enfermedad que podría darse. En el pos test del grupo de intervención se dan incrementos positivos e interesantes en tanto en el género femenino como el masculino. En el grupo control casi se mantienen las cifras existiendo un decremento mínimo

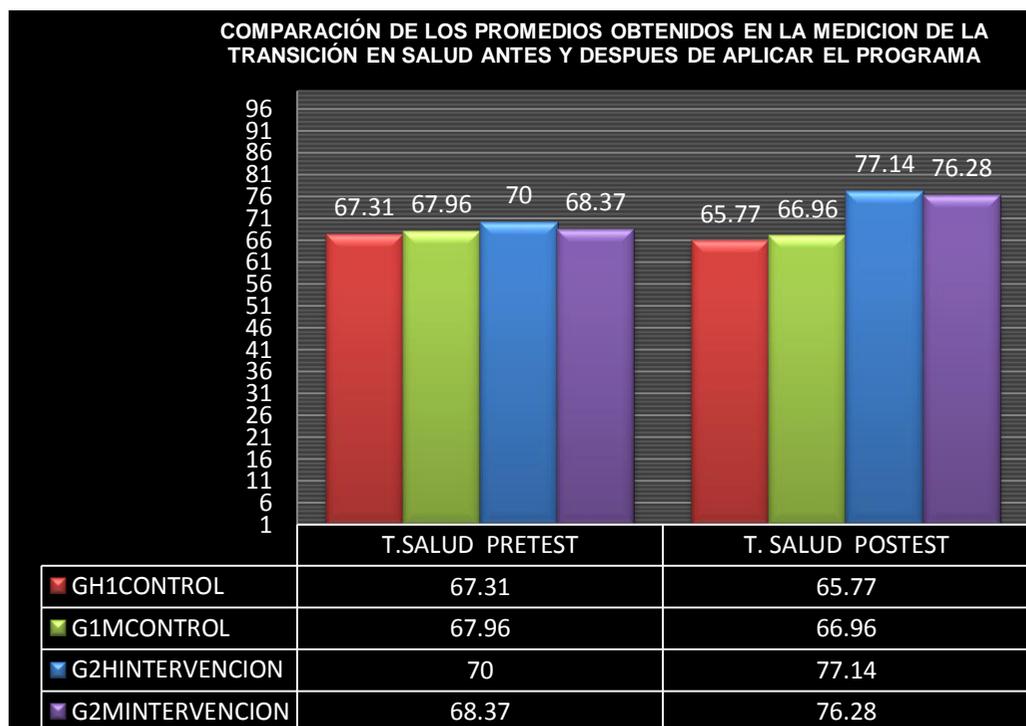


Figura 12. Comparativo de los Promedios de la Transición en Salud antes y después de aplicar el programa con el SF-36

La dimensión de la Transición en salud, es un proceso que determina la forma de enfermar e incluso morir en la población, existen diversos fenómenos de cambio que deben ser analizados para su mejor comprensión; en base a los resultados obtenidos en este estudio existen diferentes factores que se observan en el post test del grupo de intervención con una tendencia significativa de incremento en el género masculino y femenino lo cual mejora sus perfiles de salud que están determinados por los cambios en las dimensiones analizadas en los cuadros anteriores. En el grupo control se mantiene un mínimo decremento en sus promedios, como casi en todas las dimensiones. (Anexo 7. Estadística descriptiva y comparativa del SF-36)

Tabla 10.

COEFICIENTE DE VARIACION (C.V.) PUNTUACIONES INICIALES Y FINALES DEL SF-36 DE LAS Y LOS ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA RECREATIVA

VARIABLE	G1HCONTROL				G1MCONTROL				G2HINTERVENCION				G2MINTERVENCION			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE
FUNCION FISICA FF	79,62	19,85	78,08	18,67	78,40	17,72	77,68	17,47	79,29	12,38	80,71	9,17	80,00	18,16	83,60	14,11
(C.V.)	24,93		23,90		22,60		22,49		15,61		11,36		22,70		16,88	
DESEMPEÑO FISICO DF	63,46	35,17	60,58	32,22	67,46	30,97	66,85	29,33	76,79	22,92	78,57	21,61	72,67	31,72	77,91	22,63
(C.V.)	55,42		53,19		45,91		43,88		29,85		26,86		43,65		29,05	
DESEMPEÑO EMOCIONAL DE	65,38	39,59	63,46	38,64	60,03	38,88	59,30	37,45	61,90	41,05	66,66	29,24	65,11	36,34	71,31	28,71
(C.V.)	60,55		60,49		64,77		63,15		66,32		43,86		55,81		40,26	
DOLOR CORPORAL DC	65,58	23,38	63,46	21,23	67,02	23,64	66,08	22,99	67,14	15,41	72,86	9,94	67,67	20,68	73,26	17,69
(C.V.)	35,65		33,45		35,27		34,79		22,94		13,64		30,56		24,15	
SALUD MENTAL SM	73,08	17,39	71,31	15,60	72,58	19,64	72,06	19,38	70,86	22,32	76,86	17,34	67,07	16,07	72,93	11,27
(C.V.)	23,80		21,88		27,06		26,89		31,50		22,56		23,96		15,45	
VITALIDAD	69,04	16,72	67,31	15,79	63,13	19,51	62,28	18,87	65,36	15,50	69,64	10,46	60,58	16,37	69,53	14,99
(C.V.)	24,22		23,46		30,90		30,30		23,71		15,02		27,02		21,56	
FUNCION SOCIAL FS	77,31	18,16	75,38	15,53	70,55	22,43	69,78	21,83	77,86	14,24	83,57	8,00	69,77	20,41	77,44	15,44
(C.V.)	23,49		20,60		31,79		31,28		18,28		12,06		29,25		19,94	
SALUD FENERAL SG	61,40	15,07	59,67	12,73	63,16	17,95	62,92	30,02	65,50	13,76	70,50	11,77	60,09	14,72	66,44	6,55
(C.V.)	24,54		21,33		28,42		47,71		21,00		16,70		24,50		24,91	
TRANSICION EN SALUD TS	67,31	19,81	65,77	17,86	67,96	22,17	66,96	21,24	70,00	24,49	77,14	15,41	68,37	19,63	76,28	13,98
(C.V.)	29,43		27,15		32,62		31,72		34,99		19,98		28,71		18,33	

Se han utilizado las siguientes abreviaturas: Media Aritmética (MEDIA), Desviación estándar (DE); **G1HCONTROL.- Grupo hombres; G1MCONTROL.- Grupo mujeres; G2HINTERVENCION Grupo hombres y G2MINTERVENCION mujeres;** Estos son los grupos con sus puntuaciones que participan en el Programa de Actividad Física Recreativa

Cuando se hace referencia a la relación entre el tamaño de la media y la variabilidad de la variable, se utiliza el coeficiente de variación; la desviación estándar es útil como medida de dispersión o variación dentro de un conjunto de datos. En el gráfico se observa como la media y la desviación estándar se expresan en la misma unidad de medición, esta se cancela al calcular el coeficiente de variación, entonces lo que se tiene es una medida que es independiente.

A mayor valor del coeficiente de variación mayor heterogeneidad y a menor Coeficiente de variación mayor homogeneidad en los valores de la variable; en los cuatro grupos las desviaciones standard tienen diferente variabilidad y si compráramos sus coeficientes de variación entre el pretest y el pos-test; en el grupo control se da una ligera dispersión. En el grupo de Intervención en los dos sexos se da una mayor dispersión, lo que significa un cambio positivo en las dimensiones del SF-36 y la salud de los estudiantes

INDICE DE MASA COPORAL (IMC)

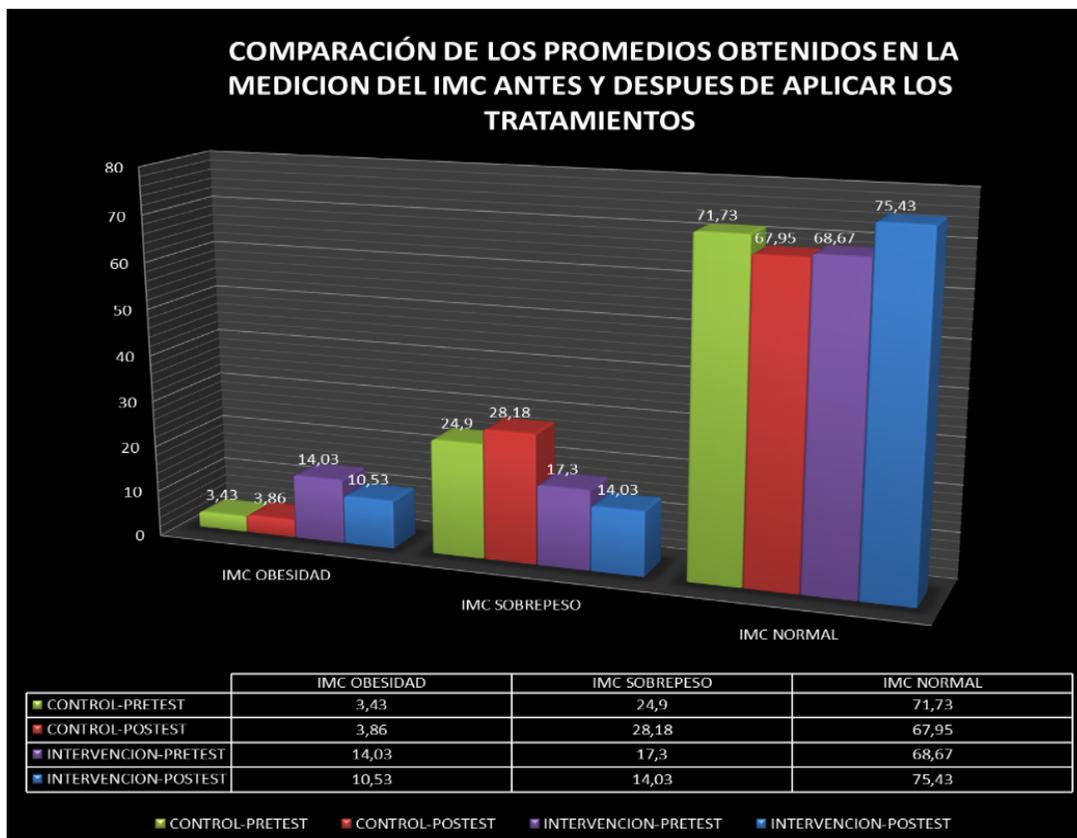


Figura 13. Comparativo de los Promedios del Índice de Masa Corporal (IMC) antes y después de aplicar el programa

Inicialmente de acuerdo al gráfico existen problemas con excesos de masa corporal en los dos grupos. En el grupo de intervención comparada la evaluación inicial y final se observa una disminución en los puntajes del sobrepeso de 3,27%: y la obesidad en un 3,5%. En el grupo control se da un ligero incremento en los puntajes del sobrepeso de 3.18% y la obesidad en 0.43%. De manera objetiva en el sentido epistémico se presenta un cambio en la masa corporal del grupo de intervención lo que afecta positivamente en su salud, respaldando con un índice de confianza al programa de actividad física recreativa. (Anexo 8. Listado final)

TEST DE REFLEXIONES PERSONALES

Luego de cada sesión dos estudiantes escogidos al azar contestan un test con tres preguntas y estas fueron las respuestas al programa:

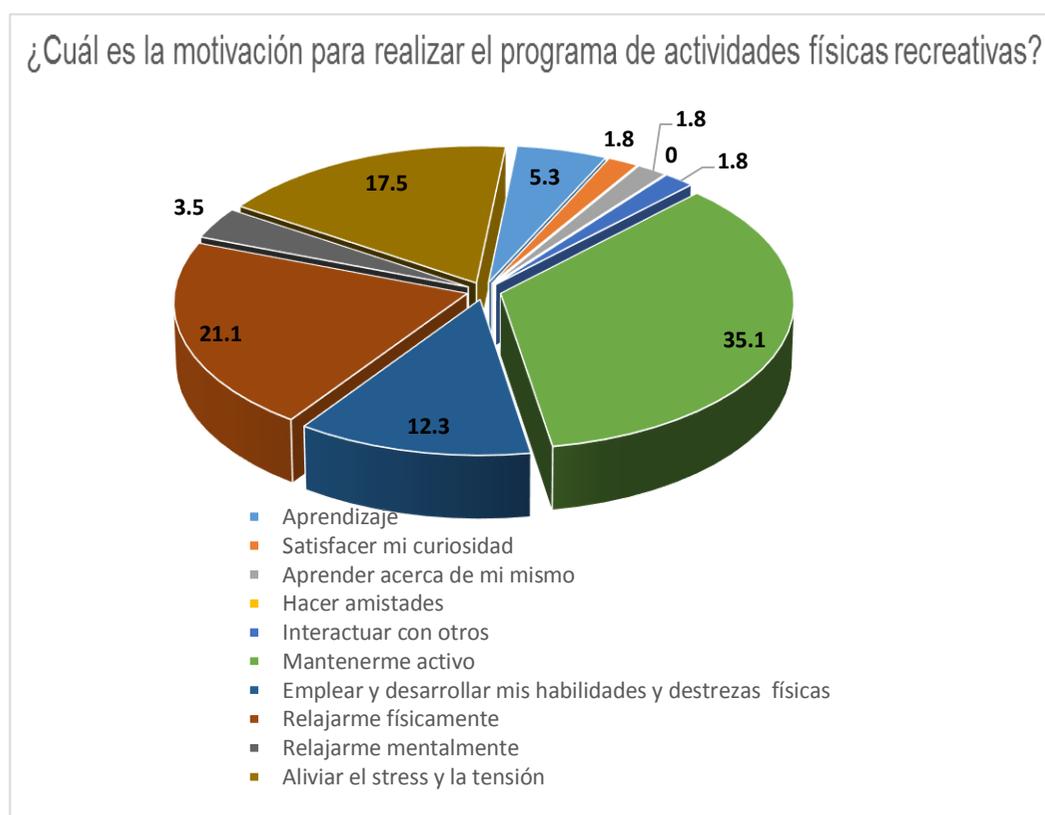


Figura 14. ¿Cuál es la motivación para realizar el programa de actividades físicas recreativas?

En el gráfico los puntos más relevantes son el 35,1 % “mantenerme activo” el 21,1% “relajarme físicamente” y el 17,5% “alivia el stress y la tensión “.Se evidencia que el programa ha creado un espacio para que los Estudiantes se mantengan activos a través del programa de actividad física recreativa provocando un distensión y relajamiento en sus actividades diarias

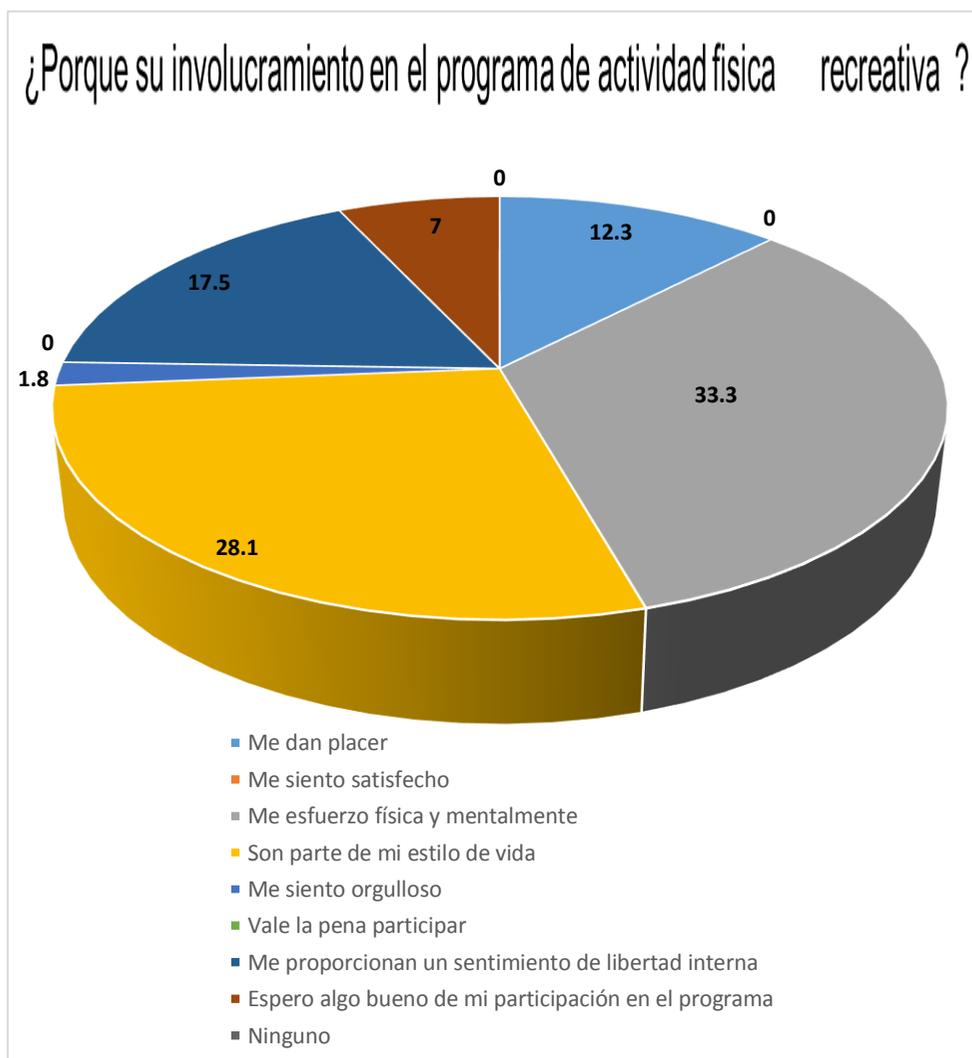


Figura 15. ¿Porque su involucramiento en el Programa de actividades físicas recreativas?

Se presenta en este cuadro los puntos más relevantes son el 33,3 % “me esfuerzo física y mentalmente “ el 28,1% “son parte de mi estilo de vida “ y el 17,5% “me proporciona un sentimiento de libertad interna “. El programa crea en el estudiante un espacio que posibilita su esfuerzo físico y mental y le proporciona un sentido de libertad como parte de su estilo de vida.



Figura 16. ¿Cuál es la satisfacción en la actividad física recreativa?

Se presenta en el cuadro los puntos más relevantes son el 40,4 % “me ayuda a permanecer saludable “ el 19,3 % “desarrollan mis capacidades físicas “ y el 17,5% “me ayudan a relajarme “. El programa genera una expectativa donde el estudiante se siente saludable a través de las actividades físicas recreativas que provocan un espacio de relajamiento, bienestar y salud. Estas son las respuestas luego de la aplicación del programa lo que indica que la planificación y la programación prevista fue cumplida y estuvo acorde a los gustos y preferencias de los Estudiantes, demostrado con su participación, motivación y respuestas personales donde prevalecen los comentarios positivos. (Anexo 10. Tabulación de reflexiones personales)

T STUDENTS

H1 HIPOTESIS ALTERNA.- Existe un incremento en la media de las puntuaciones del grupo de intervención con relación a la media de las puntuaciones del grupo control; lo que incidirá en la salud de los estudiantes

Ho HIPOTESIS NULA.- No existe un incremento en la media de las puntuaciones del grupo de intervención con relación a la media de las puntuaciones del grupo control; sin incidencia la salud de los estudiantes

Tabla 11.

Normalidad de las distribuciones de las ocho dimensiones del SF-36- Muestras relacionadas Prueba de Kolmogorov-Smirnov

		F.F. PRETEST	D.F. PRETEST	D.E. PRETEST	D.C. PRETEST	S.M. PRETEST	VITALIDA PRETEST	F.S. PRETEST	S.G. PRETEST	T.S. PRTEST	F.F. POS-TEST	D.F. POS-TEST	D.E. POSTEST	D.C. POSTEST	S.M. POSTEST	VITALIDA POSTEST	F.S. POSTEST	S.G. POSTEST	T.S. POSTEST	
N		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Parámetro normales.^b	Media	79,3275	70,0950	63,1050	66,8525	70,8975	64,5275	73,8725	62,5375	68,4100	80,0175	70,9775	65,1825	68,9150	73,2900	67,1900	76,5425	64,8825	71,5375	
	Desv Tip.	,68300	5,84295	2,58865	,89411	2,72307	3,58662	4,30450	2,34151	1,14633	2,74054	8,77211	5,07609	4,90701	2,47034	3,44483	5,69427	4,65488	6,00269	
Diferencias más extremas	Absoluta	,228	,174	,281	,324	,245	,158	,288	,186	,264	,260	,285	,136	,289	,308	,264	,187	,163	,285	
	Positiva	,163	,174	,190	,180	,211	,158	,280	,186	,264	,260	,193	,135	,218	,308	,238	,187	,163	,277	
	Negativa	,228	-,170	-,281	-,324	-,245	-,146	-,288	-,148	-,169	-,197	-,285	-,136	,289	-,211	-,264	-,169	-,136	-,285	
Z de Kolmogorov-Smirnov		,456	,348	,561	,649	,489	,316	,575	,373	,528	,520	,571	,273	,579	,616	,528	,375	,327	,571	
Sig. Asintót. (bilateral)		,985	1,000	,911	,794	,971	1,000	,895	,999	,943	,949	,901	1,000	,891	,843	,943	,999	1,000	,901	
a.- La distribución de contraste es la normal																				
b.- Se han calculado a partir de los datos																				

Las pruebas no paramétricas K- S de 1 permiten observar al cuestionario SF-36 antes y después de aplicar el programa a los grupos de estudiantes que realizaron o no las actividades físicas recreativas para conocer si cumplen con el supuesto de normalidad y poder aplicar el T-student. La distribución de contraste es la normal y se calcula a partir de los datos donde se observa la significación estadística del SF-36 y sus ocho dimensiones; en el Pretest y examinar las muestras del pre-tratamiento (fase inicial) la FF. Es de 0,985; DF 1,000; DE. 0,911; DC 0,911; SM 0,971; VITALIDAD 1,000; FS. 0.895; SG. 0,999; TS. 0.943. Para el Post test T (fase final) la FF. 0.949; DF. 0.901; DE. 1,000; DC. 0.891; SM. 0.843; VITALIDAD 0.943; FS. 0.999; SG. 1,000; TS. 0.901.

Se observa el (pre test)y el pos-tratamiento (pos test) con sus diferencias, dado que la probabilidad del estadístico de contraste es elevada, el nivel de P es no significativo ($P > 0,05$); podemos decir que los datos provienen de una población normalmente distribuida, y asumimos la normalidad de la variable SF-36 en los grupos donde aplicamos la prueba T student, aceptando que ambas muestras se distribuyen normalmente.

El caso comparativo de muestra relacionadas es muy frecuente cuando se está probando la eficacia de un programa, en este caso la información se presenta del (cuestionario SF – 36 e IMC) antes de su aplicación (pretest), y después de los tres meses de aplicar el estudio se recoge la información (pos test). El interés del estudio es conocer si se dan diferencias y si las hay se dirá que el tratamiento (programa de actividad física recreativa) ha incidido de manera positiva, de no existir diferencias, podemos decir que el tratamiento no tuvo efecto alguno en la salud de los estudiantes.

Tabla 12.

Prueba de muestras relacionadas - Grupo intervención Pre test - Post test

	Diferencias relacionadas				T	gl	Sig. (bilateral)	
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior				Superior
GINTERVENCIÓNTOTALPRETEST	-5,41500	2,03234	,47903	-6,42566	-4,40434	-11,304	17	,000
GINTERVENCIÓNTOTALPOSTEST								

El grafico representa a los Estudiantes que participaron en el programa de actividad física recreativa; la tabla nos da la prueba t con un alpha de 0,05(margen de error) con un nivel de significación $1 - 0,05 = 0,95$ o 95%.

Se asume que la media del puntaje inicial y final del grupo de Intervención al ser evaluadas son diferentes. (Pretest – pos test) con - 5,41 lo que incrementa el puntaje del Cuestionario de Salud SF-36. El intervalo de confianza es del 95% para la diferencia de medias con un rango entre 6,42 puntos hasta 4,40 puntos. Se interpreta la diferencia de medias entre ambas valoraciones, y esta se situó en una población con una elevada confianza.

Se observa que el estadístico t vale -11,304 valor que representa el número de unidades estándares que están separando las medias de los dos grupos junto a su significación o valor P que es 0,00 siendo menor que 0,025 ($0,05/2 = 0,025$ el contraste es bilateral lo que rechaza una hipótesis nula o que no exista una diferencia significativa entre la media de las puntuaciones entre el pretest y el pos test de este grupo.

Tabla 13.

Prueba de muestras relacionadas Grupo Control Pretest - Pos test

	Diferencias relacionadas				t	Sig. (bilateral)	
	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia			
				Inferior			Superior
G1HCONTROL PRE – TES G1CONTROL TOTAL POSTES	,58333	4,12560	1,37520	-2,58789	3,75455	,424	,683

La prueba T – student para muestras pareadas relacionadas con SPSS arroja como resultado la tabla que consta en el gráfico donde se encuentra representado el grupo control que conforman los estudiantes que no participaron en el programa de actividades físicas recreativas pero que inicialmente llenaron el cuestionario (pre test) y después de tres meses volvieron a ser evaluados con un cuestionario final (Post-test).

La media de las diferencias de las ocho dimensiones es de 0,58 puntos a favor del pre test dándose un ligero decremento en los puntajes del pos test. El alpha

es de 0,05 (rango de error), con un intervalo de confianza del 95%. Para la diferencia de medias da un rango entre 2,58 hasta 3,75 puntos a favor del pretest. Esto es compatible con el contraste de significación $.683 = 68,30\%$ se puede declarar que no hay diferencias significativas para un nivel del 5 %.

T STUDENTS PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES

Se determina el nivel o margen de error) de alfa = 5 % = 0,05 este es el porcentaje que estamos dispuestos a correr en la prueba estadística. Se compara los dos puntajes de la evaluación final (pos test) realizado a los dos grupos, por ser un estudio transversal se analiza a los dos grupos en un solo momento. La variable aleatoria numérica comparativa serán los puntajes obtenidos de la evaluación final de las ocho dimensiones del cuestionario de salud SF-36.

LECTURA DE P VALOR

Antes de calcular el valor p valor de la prueba T student para pruebas independientes se debe corroborar los dos supuestos, realizando una prueba de normalidad e igualdad de varianza, para eso se utiliza la prueba kosmolorov - Smirnov por tener más de 30 individuos.

Tabla 14.

Resumen del procesamiento de los grupos SF-36

	GRUPOS	Casos					
		Válidos		Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
PUNTAJE	CONTROL	18	100,0%	0	0,0%	18	100,0%
	INTERVENCIÓN	18	100,0%	0	0,0%	18	100,0%

Tabla 15.
Descriptivos de Grupo- control e intervención

GRUPOS		Estadístico	Error típ.	
Control	Media	67,8022	1,46779	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	64,7055	
		Límite superior	70,8990	
	Media recortada al 5%	67,7036		
	Mediana	66,9050		
	Varianza	38,779		
	Desv. Típ.	6,22729		
	Mínimo	59,30		
	Máximo	78,08		
	Rango	18,78		
	Amplitud intercuartil	10,13		
	Asimetría	,344	,536	
	Curtosis	-1,147	1,038	
	INTERVENCION	Media	74,7339	1,22983
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	72,1392
Límite superior			77,3286	
Media recortada al 5%		74,7021		
Mediana		74,7700		
Varianza		27,224		
Desv. Típ.		5,21771		
Mínimo		66,44		
Máximo		83,60		
Rango		17,16		
Amplitud intercuartil		7,79		
Asimetría		,109	,536	
Curtosis		-,801	1,038	

En el grafico las puntuaciones del grupo control tienen una media de 67,8022 y del grupo de intervención de 74,7339. El puntaje mayor corresponde al grupo que participo en el programa de actividad física recreativa, para conocer si la diferencia que existe es estadísticamente significativa o simplemente al azar, se

aplica la prueba de normalidad para conocer si los puntajes se han comprobado normalmente

Tabla 16.
Prueba de normalidad

	GRUPOS	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig
PUNTAJE	CONTROL	,146	18	,200*	,930	18	19 5
	INTERVENCIÓN	,117	18	,200*	,959	18	57 4

Por tener más de 30 datos se elabora la prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov, cuyo grado de significancia es de .200 para el grupo control y .200 para el grupo de intervención, entonces se traslada al cuadro de la prueba de normalidad

a.- P - valor es \geq a aceptar H_0 = los datos provienen de una distribución normal

b.- P - Valor es $<$ a aceptar H_1 los datos no provienen de una distribución normal para comprobar la variabilidad de la variable aleatoria

Tabla 17.

Normalidad de las puntuaciones

P valor (control) = .200	>	a = 0,05
P valor (Intervención)= .200	>	a = 0,05

CONCLUSIÓN: Dado que ,200 es mayor que P valor 0,05 los datos provienen de una distribución normal. La variable puntaje en ambos grupos se comporta normalmente

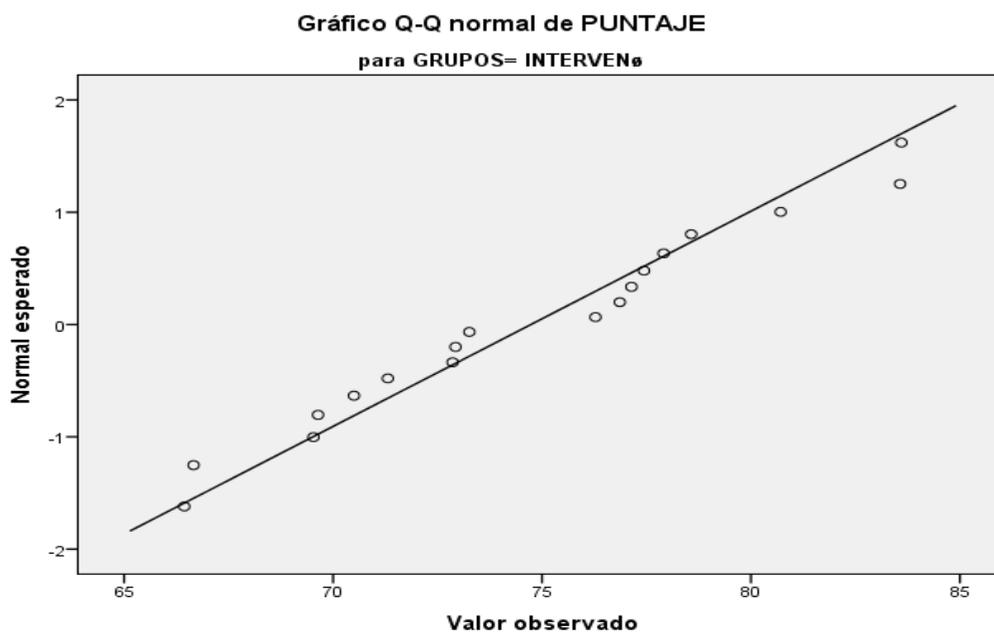


Figura 17. Gráfico Q-Q normal del puntaje para el grupo de Intervención

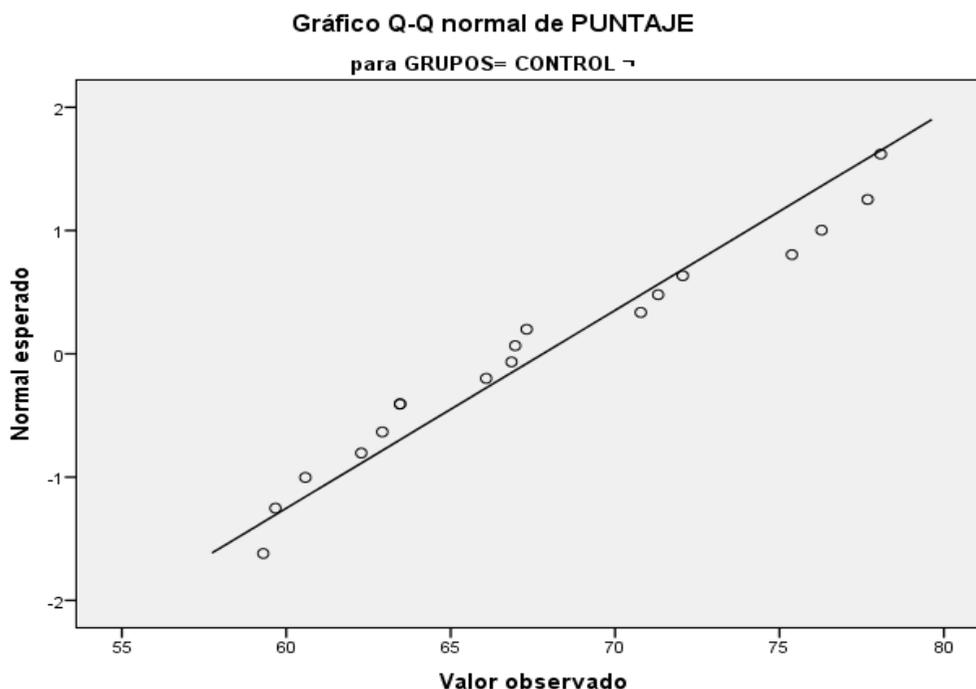


Figura 18. Gráfico Q-Q normal del puntaje para el grupo Control

Estos gráficos permiten comprobar si los datos han sido extraídos con una distribución aproximadamente normal, y han sido obtenidos para cada una de las variables dependientes de los grupos control e intervención; se presenta el valor observado y el valor esperado. Los puntos aparecen agrupados en torno a la línea recta esperada comprobando así que las poblaciones de las que se han extraído las muestras presentan una distribución normal, siendo este resultado compatible con el del contraste de Kolmogorov-Smirnov.

Tabla 18.**Tallo y Hojas del SF-36 – Grupo control**

Puntaje stem-and-leaf plot for	
Grupo = Control	
Frecuencia	tallo & hoja
2,00	5. 99
5,00	6. 02233
4,00	6. 6667
3,00	7. 012
4,00	7. 5678
Stem width:	10,00
Each Leaf:	1 case(s)

En el grupo control el puntaje menor promedio es 59 y el puntaje mayor promedio es de 78 puntos. Los valores promedio donde se acumulan los puntajes se dan entre los 60 y 67 puntos

Tabla 19.**Tallo y Hojas del SF-36 – Grupo Intervención**

PUNTAJE Stem-and-Leaf Plot for	
Grupo = Intervención	
Frecuencia	Tallo & hoja
4,00	6. 6699
5,00	7. 01223
6,00	7. 667778
3,00	8. 033
Stem width:	10,00
Each leaf:	1 case(s)

El puntaje menor promedio es 66 y el puntaje mayor promedio es de 83 puntos. Los valores donde se acumulan los puntajes se dan entre los 70 y 79 puntos

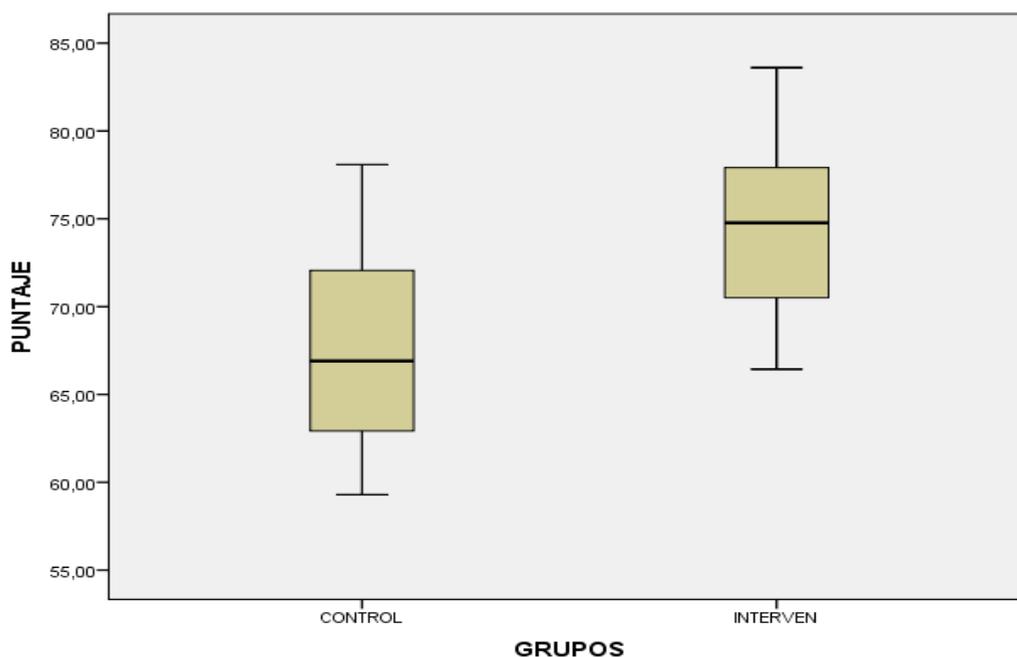


Figura 19. Diagrama de Caja y Bigotes

En el gráfico se observa los valores mínimos y máximos de los dos grupos y el valor central de la variable que es simétrica y aparentemente presentan dispersiones parecidas. En el grupo de intervención el puntaje es notablemente superior comparada con la distribución del grupo control. En un análisis comparativo se observa la diferencia en los puntajes promedios obtenidos en el grupo control y el de intervención, siendo en este último los puntajes y su acumulación los más altos.

Tabla 20.

Prueba de Levene para muestras Independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% confianza de la diferencia	Intervalo para de la
Cuál es el puntaje	Se han asumido varianzas iguales	,739	,396	-3,620	34	,001	-6,93167	1,91491	-10,82323	Superior
		No se han asumido varianzas iguales			-3,620	32,989	,001	-6,93167	1,91491	-10,82762

La prueba de Levene para la igualdad de varianzas nos indica si se puede o no suponer varianzas iguales. Si la probabilidad asociada al estadístico Levene es >0.05 se supone varianzas iguales. Si es <0.05 se supone varianzas distintas. Para estos casos es necesario revisar la prueba T student para probar la igualdad de las varianzas, cuyo nivel de significancia es .396

Igualdad de Varianza - Prueba de Levene

a.- $P - \text{valor es } \geq \alpha$ aceptar H_0 = las varianzas son iguales

b.- $P - \text{Valor es } < \alpha$ aceptar H_1 Existen diferencias significativas entre las varianzas

Tabla 21.

Igualdad de Varianzas

P – VALOR = .396 > **a = 0,05**

CONCLUSIÓN: Las varianzas de las dos variables son iguales

4.2. Comprobación de hipótesis

Después de asumir las varianzas iguales (variables “Grupo control” y “Grupo intervención”) se observa el estadístico t con su nivel de significación bilateral, el mismo que informa sobre el grado de compatibilidad entre la hipótesis de igualdad de medias y las diferencia entre medias poblacionales observadas.

En este caso es mayor que 0.05, la conclusión es que hay compatibilidad con la hipótesis alterna. Se puede observar un intervalo de confianza del 95% para la diferencia de medias con un rango entre 10.82 puntos hasta 3.04 puntos. Si se interpreta la diferencia de medias entre ambas valoraciones, esta se situaría en una población con una elevada confianza entre el rango inferior y el rango superior.

Se observa que el estadístico t vale -3.620 valores que representa el número de unidades estándares que están separando las medias de los dos grupos junto a su significación o valor P que vale .396. No existen diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones del grupo de control y la media de puntuaciones del grupo de Intervención.

Una vez realizadas las dos pruebas de los supuestos; la prueba de Normalidad y la igualdad de varianzas. En la misma tabla que se encuentra la significancia de Levene ahora se busca el nivel de significancia para el T student donde se encuentra que es .001

Tabla 22.
Prueba T Student

P – VALOR = 0,001	<	a = 0,05
CONCLUSION:		
El criterio para decidir es:		
Si la probabilidad obtenida P – valor \leq a rechace Ho (se acepta H1)		
Si la probabilidad obtenida P – valor $>$ a no rechace Ho (se acepta Ho)		
<p>Observada la prueba T student que es 0,001 siendo menor que alpha que es = 0,05 se acepta la hipótesis alterna (H1) que indica que existe una diferencia significativa entre la media de puntaje del grupo de control y la media de puntuaciones del grupo de Intervención. Generalmente el tamaño del efecto es importante si existe una significación estadística. En esta investigación la diferencia es de 6,93 puntos.</p>		

Las puntuaciones de las 8 dimensiones y transición en salud del Cuestionario de Salud SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud).

La valoración del cuestionario SF-36 en el Pos tratamiento (grupo de intervención) tiene una media mayor que en el cuestionario Inicial (pre test). Se puede indicar que hay asociación y diferencia en el pretest y el pos test del grupo de intervención y son estadísticamente diferentes al nivel de significación alfa = 0,05 (Anexo 9 - Información final SF-36)

Dada la significación de la prueba estadística se puede afirmar que este incremento no parece que sea debido al azar. Por otro lado, la correlación tan elevada y significativamente diferente dice que efectivamente la relación no puede ser explicada por valores extremos en una o en otra variable que puedan de alguna manera afectar únicamente a las medias. Las diferencias están diseminadas a lo largo de la mayoría de los valores de cada una de las variables.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- Los estudiantes de la Escuela de Educación para la Salud presentan características similares como cualquier adulto joven actual con un estilo de vida físicamente estacionario que trae futuras consecuencias negativas en su salud
- Comparada la información inicial y final del grupo de estudiantes de la Escuela de Educación para la salud que aplicaron al programa de actividad física recreativa muestra una tendencia significativa de incremento en los puntajes de las ocho dimensiones y transición en salud del Cuestionario de Salud SF.-36, lo que incide de manera positiva en la salud de esta población.
- La masa corporal a través del Índice de masa corporal tuvo una evaluación inicial y final, existiendo un decremento en puntajes de los estados de sobrepeso y obesidad en el grupo de intervención lo que mejora su masa y estado nutricional.
- Los incrementos en los puntajes del SF-36 optimizan los componentes físicos, mentales y sociales de los estudiantes intervenidos, quienes de acuerdo a las reflexiones personales percibieron con el programa un espacio que los estimula a permanecer físicamente activos
- Se debe referir la recreación como un proceso de cambio y superación en el estudiante, para lograr un cambio en su estilo de vida recrearse

es hacerse más humano y más perfecto en cada actividad de la vida diaria, lo que promueve en los estudiantes una respuesta emocional personal, una reacción psicológica, una actitud, un enfoque, una manera de vivir, que lo ayuda en su desarrollo, logrando un equilibrio mental y espiritual

- El tiempo libre de los estudiantes lo utilizan para manejar sus celulares, video juegos o ver televisión, lo que es considerado actualmente un riesgo adictivo que trae consecuencias negativas, porque se pierde la interrelación con los compañeros y el interés por los estudios o cualquier actividad grupal
- Los bares de la Politécnica deben proporcionar una selección de alimentos saludables, sin embargo lo que se oferta es una cantidad de alimentos procesados con un alto índice energético sin que exista disponibilidad de frutas o verduras. La ingesta de líquidos son jugos o colas en envases con altos índices de azúcar y otros aditamentos con un alto índice calórico
- El elemento esencial y final de la recreación no está en los resultados, sino en el disfrute, la satisfacción a través de la participación activa, como una forma en la que el estudiante siente lo que hace y hace lo que siente como expresión de la necesidad que se satisface
- Se concluye la investigación demostrando que las actividades físicas recreativas juegan un papel importante en la vida del estudiante a nivel individual y grupal, al ser aplicada de forma secuencial y voluntaria produce beneficios y cambios en la salud humana de quien práctica este estilo de vida.

RECOMENDACIONES

- Para estudios similares en el futuro se debe implementar una estrategia informativa sobre recreación, actividad física, tiempo libre, ocio con sus beneficios e implicaciones en el diario vivir, de tal forma que los estudiantes no confundan estos conceptos y tengan un criterio formado sobre estas disciplinas.
- Es imprescindible planificar con Autoridades y estudiantes programas físicos recreativos con una divulgación masiva y estos sean realizados en sus tiempos libres sin imposiciones, promocionando así la salud preventiva a través de la praxis y la investigación.
- La Facultad de Salud Pública y la Escuela de Promoción y cuidados para la Salud es el espacio propicio para estimular el logro del bien integral en el estudiante como individuo y como un ser social, lo cual significa perseguir la excelencia en su desarrollo personal, motivando la generación de una cultura de movimiento en función de un estilo de vida más saludable.
- Los profesionales en cultura física deben actualizar sus conocimientos en temas recreativos para promover la actividad física recreativa que constituye un aspecto fundamental para prever la obesidad y el sobrepeso por ser un tema complejo requiere de voluntades, conocimientos y la incorporación de varios factores conductuales, culturales, financieros, medioambientales y sociales
- Los administradores de los bares de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo deben considerar la posibilidad de cambiar el expendio de

alimentos, bebidas y menús con altos índices calóricos por alimentos nutricionales saludables con una guía profesional.

- Esta investigación permite obtener una visión general que deja a un lado las desventajas y deficiencias del diseño cuasi-experimental convirtiéndose en una herramienta muy poderosa para futuros estudios, especialmente en estos temas en los que por logística no ha sido posible realizar un experimento verdadero.
- Será importante, considerar los resultados de la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados en esta investigación que sirven para medir los factores que intervienen en esta programación física recreativa y profundizar en el análisis de las características psicométricas de evaluación con estos instrumentos.
- El papel que cumplen las universidades en el País es importante y tienen la obligatoriedad de fortalecer políticas Institucionales para trabajar con la población estudiantil en temas relacionados a la salud, actividad física y recreación que genere poblaciones sanas en condiciones saludables en concordancia con lo que dispone la Constitución de la Republica y el Plan Nacional del buen vivir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Pública de noticias del Ecuador y Sur América (Andes). (2013).
- Alvariñas Villarde Mirian, M. d. (2009). Investigación en Educación. (F. d.-U. Vigo, Ed.) *Actividad física y percepciones sobre deporte y género*(6), pp 113-122.
- Anon. (1986). Carta de Ottawa.
- Armstrong y Weisman. (1997).
- Arraga Barrios, M. S. (s.f.). Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares. *16*(4 pp 737 -756).
- Arriaga y Sánchez. (2007).
- Arribas. (2000).
- Arribas. (2000).
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador.
- Asamblea Nacional. (2010). Ley del Deporte, Educación Física y recreación.
- Augusto, B. B. (2006). Evaluación del rendimiento físico. Kinesis.
- Avila , Adrian Lcdo.; FUNLIBRE. (2001 - 22 al 24 noviembre). Simposio nacional de vivencias en gestión y recreación. *Simposio Nacional de vivencias en gestión y recreación*. Cali- Colombia.
- Batel Alfa. (s.f.). *Juegos Recreativos*.
- Batel, A. (s.f.). Juegos recreativos.
- Blair y Connelly. (1994).
- Bravo Barajas César. (2006). Evaluación del Rendimiento físico.
- Casimiro (1999) y Castillo y Balaguer (2001). (s.f.).
- Casimiro Andujar Antonio. (2002). Hábitos deportivos y estilos de vida de los escolares Almerienses. Almería.
- Casimiro, & Castillo, B. (1999,2001).
- Chile, U. d. (Octubre 2005). *Carta de Edmonton para Universidades Promotoras en salud e Instituciones de Educación Superior*. Congreso Internacional de las Américas, Universidad de Alberta .
- Connelly, B. y. (1994).
- Constitución de la República del Ecuador;. (2008). Asamblea Constituyente.
- Correl y Cols. (1992).
- Cutrerera, J. C. (1993). En *Técnicas de recreación*. Buenos Aires Argentina: Stadium SRL.
- Cutrerera Juan Carlos. (1993). *Técnicas de recreación*.
- Dawson. (1984).
- De la Cruz y cols. (1989).
- Del Bosco Maria Paola. (Julio de 2006). Prevención y control de enfermedades crónicas. *Transmisión de valores*. (Universidad CAEM, Ed.)
- Del Bosco Paola; CAEM VII. (2006). *Prevención y control de enfermedades crónicas- Transmisión de valores en la Universidad*. Cordova -Argentina.
- Del Bosco, P. (2011). La dignidad humana y el valor de la vida. *V Congreso Internacional Provida*. Costa Rica .

- Delgado Manuel; Tercedor Pablo. (2002). Estrategias de intervención en educación para la salud desde la educación física. Barcelona, España: INDE.
- Deporte, M. d. (2010). Objetivos y metas.
- Díaz C. Lic.; Díaz P Elcia Maria Mrs. (2010-2011). Pla de actividades físicas recreativas para los adolescentes. En F. d. física.
- Díaz concepción; Díaz P. Edilia María. (2010-2011). Plan de actividades Físico-Recreativas para los adolescentes - Facultad de Cultura Fisica).
- Dumazedier, J. (1993). El ocio perspectiva pedagógica. (U. Complutense, Ed.) *Complutense de Educación*, 4 (1), 69.88.
- Educación, U. d.-F. (9 julio de 2004). Tesis de Doctorado actividad física habitual de los adolescentes de la Región de Murcia. Aranzazu- Angeles .
- Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, acti. (2005). *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (OMS -2005)*.
- European Food Information Council (EUFIC). (1995). Recomendaciones de la declaración de consenso de Quebec sobre actividad física, salud y bienestar.
- Fuemayor , Guillermo; Cordinador Nacional de Nutrición. (2010). *Agencia Publica (MSP) de noticias del Ecuador*.
- Fuenmayor Guillermo. (2010). Ministerio de Salud Pública (MSP).
- FUNLIBRE, V. d. (22 - 24 NOVIEMBRE 2001). II Simposio Nacional de Vivencias y Gestión en Recreación. Cali - Colombia.
- Gálvez Casas Aránzazu Ángeles. (9 de Julio de 2004). Actividad física habitual de los adolescentes de la región de Murcia. Análisis de los motivos de práctica y abandono de la actividad físico deportiva. Murcia, España.
- Generelo. (1998).
- González y Ríos. (1999).
- Gonzales, R. (Ed.). (1999). Motivos de la practica físico deportiva en la región de Murcia. Universidad de Murcia.
- Grupo WHOQOL . (1996).
- Grupo WHOQOL World health organization instrument , t. (2000). Ciencia y salud colectiva versión ISSN 1413-8123.
- Gutiérrez. (2000).
- (s.f.). *Gutiérrez y Cool*.
- Henderson y cols . (1980).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. (2010).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2010). Principales causas de mortalidad en el Ecuador . *Anuario de Estadísticas vitales* .
- Instituto Nacional de evaluación y calidad , d. (s.f.). Ministerio de Educación y Ciencia - revista cuatrimestral. (335).
- Isabel, B. (2002). Estilos de vida en la adolescencia Promolibro. Valencia .
- Levy y Anderson. (1980).
- Lugo Luz Helena Garcia Héctor Iván. (2006). Confiabilidad del cuestionario de vida en salud SF-36. Medellín - Colombia.
- Lugo Luz Helena; García Hector Ivan. (2006).

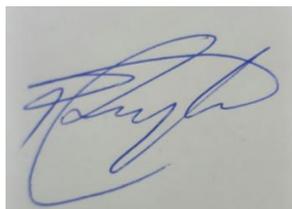
- Madrigal Jimenez jose Alberto . (Julio a Diciembre 2010 de 2007). Beneficios en la calidad de vida de mujeres entre los 50 y 81 años al participar en un programa de recreación física grupal. (u. d. Rica, Ed.) *Educación*, 34 (2).
- Martinez Gamez Manuel. (1995). Educación del ocio y tiempo libre en actividades físicas recreativas. *Criterios Metodológicos - Rol del Profesorado recreativo*.
- Martinez MUñoz, L. F. (Octubre de 2002). Los significafos de la motricidad en el recreo como caleidoscopio de la educación del ocio en la Escuela. Valladolid.
- Maslow. (1975).
- Mazeo y Tanaka. (2001).
- Mazeo y Tanaka. (2001). Las recomendaciones actuales. En E. U. Universidad de colorado Boulder 80309, *La prescripción del ejercicio para personas mayores*.
- Mendoza. (1995).
- Ministerio del Deporte. (2010). Objetivos y Metas.
- Ministerio de sanidad y consumo. (s.f.). *Material informativo para la promoción de la alimentación y la actividad física saludables dirigido a las familias*. Programa Perseo, Agencia Española para la seguridad alimentaria y nutrición Ministerio de educación y ciencia, Madrid-España.
- Ministerio del Deporte. (2014-2017). Plan estratégico Insitucional.
- Ministerio del Deporte. (2014- 2017). *Objetivos y Metas*.
- Ministerio del Deporte del Ecuador. (2010).
- Moreno Jimenez, G. C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. *Manual de valoración de Psicología cincie clinica y de la salud*, 1045-1070. Madrid.
- Murillo. (2003).
- Organización Mundial de la Salud. (1997).
- Organización Mundial de la salud. (s.f.). Día Mundial de la salud- por tu salud muévete.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Actividad física*. OMS.
- Organización Mundial de la salud. (Febrero 2014). *Recomendaciones Mundiales sobre actividad física y salud*. Nota descriptiva 384.
- Organización Mundial de la salud. (Mayo 2014). 57 asamblea Mundial de la salud. *Estrategia mundial spbre régimen alimentario, actividad física y salud*.
- Organización Mundial de la Salud . (Navarra 2002). *Prevalencia de la obesidad en America Latina*. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
- Organización mundial de la salud (OMS) aprobó en la 57 a Asamblea Mundial de la salud de acuerdo a informes la estrategia mundial sobre régimen alimentario, a. f. (Mayo 2004). *57 a Asamblea Mundial de la salud de acuerdo a informes la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*.
- Organización mundial de la salud. (17 al 22 de Mayo 2004). 57 asamblea Mundial de la salud . *Resoluciones y decisiones* .
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Carta de Otawa del 21 noviembre de 1986 para la promoción de la Salud. *Conferencia Internacional para la salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Prevalencia de la obesidad en América Latina. Navarra.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Día mundial de salud 2002,2010 "por tu salud muevete. En *Día mundial de salud 2002,2010 "por tu salud muévete*.

- Organización Mundial de la Salud. (2003). Iniciativa Mundial anual por tu salud muévete. .
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud .
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Informe sobre la salud en el mundo ; la financiación de los sistemas de salud .
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Recomendaciones Mundiales de actividad física.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Recomendaciones Mundiales de Actividad Física .
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Recomendaciones mundiales para la actividad física en la salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Recomendaciones Mundiales para la actividad física en la salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones Mundiales sobre actividad física y salud.*
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física y salud.*
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Recomendaciones Mundiales sobre actividad física y salud.
- Organización Mundial de la salud. (7 Abril 1948). *Conferencia sanitaria Internacional.*
- Organización Mundial de la Salud. (Mayo 2004). 57. *ª Asamblea Mundial de la Salud.*
- Organización Mundial de la salud. (Mayo 2004). Mandato en materia de Actividad física para la salud . *Asamblea Mundial de la salud.*
- Organización Mundial de la salud, 2010. (s.f.). *Organización Mundial de la salud, 2010.*
- Organización Mundial de la salud-Asamblea Mundial. (Mayo 2004). En *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (RAFS)* (pág. resolución WHA57.17).
- Organización Panamericana de la salud . (s.f.). 28 conferencia sanitaria panamericana.
- Organización Panamericana de la salud. (17 al 21 de Septiembre 2012). *Estrategia para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles .* Washington D.C.
- Organización Panamericana de la salud. (2012).
- Organización Mundial de la Salud. (7 de Abril 1948). Conferencia Sanitaria Internacional.
- Ortega H. (1985). Efectos benéficos del ejercicio físico.
- Ospina (2001) y Salazar (2007). (s.f.).
- Ospina 2001; Salazar 2007. (Julio a Diciembre de 2010). Beneficios en la calidad de vida de las mujeres entre los 50 y 81 años de edad al participar en un programade recreación grupal. *Revista Educación*(ISSN 0379), 111 - 132 .
- Oxford Journals. (s.f.). Investigación de educación para la salud. 16 (3).
- Paola, D. B. (2006). *Prevención y control de enfermedades crónicas.* CAEM VII, Cordova- Argentina.
- Pasquel Victor M. (Julio 2000). Obesidad en el Ecuador una aproximación a los estudios de prevalencia. *Facultade ciencias médicas*, 8 -12.

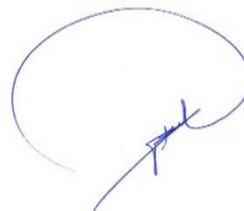
- Perea Pedro, Rodriguez Luis, Moreno Juan antonio, . (s.f.). Programas individuales como fórmula de intervención activa en el desarrollo de la condición física y salud corporal. *Faculta de Educación*. Universidad de Murcia .
- Pérez Manuel. (4 junio 1986). El deporte en el tiempo libre. (apuntes 4).
- Pérez Manuel. (Junio 1986). “ El deporte en el tiempo libre ., *Rev. apuntes N°4*. Barcelona.
- Petelenko,Davidenko. (1998).
- Plan Nacional del Buen Vivir. (2013-2017). *Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo*.
- Programa Perseo. (2007). Come sano y muevete.
- Programa Perseo. (2007). Come sano y muévete. Madrid - España.
- Puga, Rosero, Glaser y Castro. (2007).
- Puga, Rosero, Glasr y Castro. (2007). Población y salud en Mesoamérica. *Número especial CRELES Estudio de Longevidad y envejecimiento*, 5(1).
- Puig. (1998).
- Robinson. (2007).
- Rodriguez Garcia, L. (1984). Educación física y salud en primaria hzcia una educacion corporal significativa y autónoma.
- Rodriguez Pedro Luis; Moreno Juan antonio,; Ruiz F. (1984-1995). Programas individuales como formula de intervención activa en el desarrollo de la condición física y salud corporal. (Facultad de Educación, Ed.) Murcia.
- Salazar. (2007)., (pág. P. 43).
- Salazar Percy Chipiu . (2007). *Seminario de Tesis - Metodologia de la Investigación científica*.
- Salazar Salas. (2008). Actualidades investigativas en educacion.
- Salazar Salas Carmen Grace. (2008). Actividades recreativas y sus beneficios para ´personas Nicaraguenses residentes en Costa Rica. (Universidad de Costa Rica, Ed.) *Actualidades Investigativas en educación*.
- Salud, A. M. (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario actividad física y salud (RAFS)*;: Resolución WHA57.17.
- Sánchez Bañuelos . (1996).
- Sánchez Bañuelos y Musca Mosston. (s.f.).
- Sánchez Buñuelos Fernando. (s.f.). *Educación y Tiempo libre* .
- Sanchez Fernando. (s.f.). Educación del Ocio y tiempo libre.
- Sanchez, A. y. (2007).
- Schartzman Laura . (2003). Ciencia y enfermería - calidad de vida relacionada con la salud .Aspectos conceptuales .
- Schwartz Mann. (2003).
- Secretaria Nacionalde Planificación y desarrollo. (2013 - 2017). Plan Nacional del Buen vivir.
- Shephard. (1984).
- Subsecretaria de Educación de Buenos Aires - Dirección Provincial de Enseñanza. (1997). *El niño base fundamental del desarrollo del hombre* . XVI Congreso Panamericano de Educación Física, Quito.
- Sulzer y Mayer. (1990).

- Trilla. (1999).
Unidad de investigación en servicios sanitarios- Insituto Municipal de Investigación médica. (Marzo - Abril de 2005). el cuestionario de Salud Sf-36: una decada de experiencia y nuevos desarrollos.
Universidad de Alberta. (2005). *Carta de Edmonton para Universidades promotoras en salud*. Edmonton- Canada.
Universidad de Alberta. (2005). Carta de Edmonton para Universidades Promotoras en Salud.
Villagut y otros. (2005).
Warburton 2007-2009; Bauman 2005-2008. (s.f.). Recensiones Bibliográficas.
Welsman, A. y. (19 de mayo de 2000). *Comparación de la participación de los adolescentes la actividad física moderada a vigorosa en relación a un criterio sostenido o acumulado*.
XVI Congreso Panamericano de Educación Física. (s.f.). Quito.

Firmas de Responsabilidad



Msc Enrique Chávez
TUTOR



Víctor M. Andocilla Aldaz
ALUMNO