

UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO PROFESIONAL EN SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA CIENCIAS DEL MOVIMIENTO HUMANO Y CALIDAD DE VIDA

**EFFECTO DE UN PROCESO DE ACTIVIDAD FÍSICA CON
FINES RECREATIVOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA
PERCEPCIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL MOVIMIENTO
HUMANO, EN PERSONAL DE CUIDO DIRECTO DE
ALTERNATIVAS DE PROTECCIÓN DEL PATRONATO
NACIONAL DE LA INFANCIA**

Ariana Serrano Madrigal

Trabajo presentado para optar al grado de Magister en Salud Integral y
Movimiento Humano, con énfasis en Salud. Cumple con los requisitos
establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional,
Costa Rica.

Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica.

2018

Miembros del Tribunal Examinador


M. Sc. Luis Blanco Romero
Coordinador de la Maestría en Salud
Integral y Movimiento Humano


Dra. Andrea Ceciliano Fernández
Tutora


M. Sc. Gerardo Araya Vargas
Asesor


M. Rec. Marcia Rodríguez Morera
Asesora


Ariana Serrano Madrigal
Sustentante

Informe final de Maestría profesional sometida a la consideración del Tribunal Examinador del Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con énfasis en Salud para optar al grado de Magister Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional.
Heredia, Costa Rica

Resumen

Los objetivos del estudio fueron examinar los efectos de un proceso de actividad física con fines recreativos sobre la percepción de la importancia del movimiento humano en las participantes, examinar los efectos de un proceso de actividad física con fines recreativos sobre la calidad de vida de las participantes y examinar los efectos de un proceso de actividad física con fines recreativos sobre los estadios de cambio del modelo transteorético.

Se utilizaron los siguientes instrumentos: cuestionario SF36, el cual mide la percepción de la salud física-mental. Además, se aplicó el Inventario de Procesos de Cambio para el Ejercicio Físico, el cual consta de 30 ítems, se valora con una escala Likert de cinco puntos. Adicionalmente, se les aplicó un instrumento durante los meses 2, 3 y 5 para detectar el progreso de las participantes.

Para la ejecución de esta práctica profesional, se solicitaron los permisos respectivos y se visitaron los seis albergues para invitar a participar del estudio a las encargadas de cuidado directo. Posteriormente, a las participantes se les solicitó el llenado del consentimiento informado, así como los cuestionarios SF36 y el de proceso de cambio. Se realizó una sesión diagnóstica con cada encargada para determinar principales gustos y preferencias con relación a actividades físico recreativas. Se realizaron sesiones grupales en cada albergue y tres sesiones grupales para todas las participantes sobre diferentes temas (masaje terapéutico, taller de nutrición y taller de baile).

Se concluye con el trabajo desarrollado durante el estudio, que las participantes mostraron un mayor interés por mejorar su estilo de vida, así como hacia la importancia de realizar actividad física.

Abstract

The objectives of the study were to examine the effects of a physical activity process for recreational purposes on the perception of the importance of human movement in the participants, to examine the effects of a physical activity process for recreational purposes on the quality of life of the participants and examine the effects of a physical activity process for recreational purposes on the stages of change of the transtheoretic model.

The following instruments were used: SF36 questionnaire, which measures the perception of physical-mental health. In addition, the Inventory of Change Processes for the Physical Exercise was applied, which consists of 30 items, is assessed with a Likert scale of five points. Additionally, an instrument was applied during months 2, 3 and 5 to detect the progress of the participants.

For the execution of this professional practice, the respective permits were requested and the six shelters were visited to invite them to participate in the study. Subsequently, the participants were asked to fill out the informed consent, as well as the SF36 questionnaires and the change process. A diagnostic session was conducted with each attendant to determine main tastes and preferences in relation to physical recreational activities. Group sessions were held in each shelter and three group sessions for all participants on different topics (therapeutic massage, nutrition workshop and dance workshop).

We conclude with the work developed during the study, that the participants showed a greater interest in improving their lifestyle, as well as the importance of physical activity.

Agradecimiento

A mi comité asesor, Andrea, Marcia y Gerardo por sacar su valioso tiempo y acompañarme en la culminación de este proceso que pese a intentarlo anteriormente (en varias ocasiones), ahora es una realidad.

A Vivian Rivera y María José Esquivel por su colaboración en las sesiones grupales con las participantes, por su anuencia y disposición, profundo agradecimiento.

A todas las encargadas de cuidado que participaron de este programa, gracias por su actitud y por compartir dentro del mismo. A aquellas que realmente lograron hacer cambios en su estilo de vida, ojalá sigan adelante, este solo fue el inicio de lo que podría ser una mejora en su calidad de vida, mediante del movimiento humano.

Dedicatoria

Gracias a la vida, al Dios, al Universo por darme la oportunidad de estar en este momento, por darme las señales necesarias para cerrar esta etapa. Por hacerme recordar mi esencia y mi razón de ser.

A Papi y Mami mis pilares, mis maestros de esta vida, quienes me apoyaron desde mi decisión de estudiar lo que me gustaba desde güila, hasta motivarme a que siguiera estudiando. Gracias por creer siempre en mi y mis capacidades.

A Abi por enseñarme a luchar por mis sueños, por heredarme ese “LITA”, especialmente cuando se trata de algo que uno realmente quiere. Por confiar y creer en mi.

A mis hermanos Esteban y Edgar “Mops” gracias por estar siempre cuando los necesito.

A todas aquellas personas que estuvieron en los procesos anteriores, a todas las que están ahora, que me apoyaron a seguir lo que hoy puedo decir que es la culminación de un largo ciclo.

Índice

Portada	
Miembros del Tribunal	II
Resumen	III
Abstract	IV
Agradecimiento	V
Dedicatoria	VI
Índice	VII
Tabla de cuadros	IX
Lista de Abreviaturas	X
Descriptores	XI

Capítulo I **INTRODUCCIÓN**

Antecedentes	1
Justificación	3
Objetivos	10
Palabras Claves	11

Capítulo II **MARCO CONCEPTUAL**

La actividad física y el rol en la salud del ser humano	13
<i>Beneficios de la actividad física en el ser humano</i>	14
Recreación	16
Enfermedades no transmisibles	19
Entorno laboral	23
<i>Efectos de la actividad física en el ambiente laboral</i>	26
Modelo Transteorético	27
Calidad de vida	29

Capítulo III **METODOLOGÍA**

Sujetos	32
Instrumentos y Materiales	32
Procedimiento	35
Análisis Estadístico	37

Capítulo IV <i>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</i>	38
Capítulo VI <i>CONCLUSIONES</i>	44
Capítulo VII <i>RECOMENDACIONES</i>	47
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	60

Lista de cuadros

<i>Tabla 1</i>	
<i>Porcentaje de sobrepeso y obesidad, según grupo de edad y sexo</i>	22
<i>Tabla 2.</i>	
<i>Promedio de las escalas del cuestionario SF36 antes y después del PAFR</i>	39
<i>Tabla 3.</i>	
<i>Promedios antes y después así como porcentaje de cambio de los estadios de cambio</i>	40
<i>Tabla 4.</i>	
<i>Percepción de las participantes sobre sensación de bienestar al participar del PAFR</i>	41
<i>Tabla 5.</i>	
<i>Barreras que se le presentaron a las participantes para la ejecución del PAFR</i>	42
<i>Tabla 6.</i>	
<i>Diferentes formas en que las participantes lograron afrontar barreras durante la ejecución del PAFR</i>	43
<i>Tabla 7.</i>	
<i>Distintas percepciones de las encargadas de cuidado después de participar en el PAFR</i>	44

Lista de abreviaturas

PAFR: Proceso de actividad físico recreativo.
EC: encargada de cuido.
PANI: Patronato Nacional de la Infancia.
PME: persona menor de edad.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
ONG: Organización no gubernamental.
OPS: Organización Panamericana de la Salud.
ENT: enfermedades no transmisibles.

Descriptores

PALABRAS CLAVE: albergue del PANI, actividad física, nivel de actividad física, recreación, inactividad física, encargada de cuidado directo, estrés, calidad de vida, proceso de actividad física.

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

Antecedentes:

El Patronato Nacional de la Infancia (PANI) es una institución autónoma con administración descentralizada y presupuesto propio. Su fin primordial es proteger especialmente y en forma integral a las personas menores de edad (PME) y sus familias, como elemento natural y pilar de la sociedad (Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia, artículo 1).

Dentro del eje de protección especial, el PANI cuenta con 41 albergues en todo el territorio nacional en los que se brinda protección a niños, niñas y adolescentes, hasta que suceda lo siguiente:

- sean trasladados a una organización no gubernamental (ONG)
- se consiga un recurso familiar o comunal

Una vez que cambie la situación de riesgo y vulnerabilidad que originó la separación, podrían retornar a su núcleo familiar. Sin embargo en el caso de que los factores de riesgo en familia no se modificaran, ellos permanecen en las alternativas de protección a los que se les denomina albergues. Estos albergues están adscritos a cada una de las diez Direcciones Regionales con que la institución tiene sectorizado al país (A. Ceciliano, comunicación personal, 20 de setiembre, 2017).

En conversación del 16 de agosto del 2017, con la Directora Regional San José Central, Tatiana Martínez, menciona que cuenta con un equipo interdisciplinario que se encarga de velar por el bienestar integral de las PME que se encuentran albergadas en las alternativas de protección (Casa Blanca, Vargas Araya, Moravia 1, Moravia 2, El Alto y Roosevelt). Dicho equipo está conformado por: una trabajadora social, una educadora física, una psicóloga y una enfermera.

En términos generales, estos albergues son transitorios y atienden población de los 0 a los 18 años no cumplidos, respetando los siguientes perfiles: albergues mixtos de niñas y niños de 0 a 12 años, de adolescentes varones y adolescentes mujeres, hasta que cumplen mayoría de edad.

La dinámica de una alternativa de protección puede ser muy variada y dependerá tanto de la cantidad como de las características propias de la población albergada. Cada albergue tiene una capacidad instalada para diez PME, sin embargo, al ser el PANI la institución estatal encargada de velar por las PME en riesgo, existen momentos donde la población puede ser mayor a las diez PME albergadas.

A su vez, se encuentran las funcionarias y funcionarios de cuidado directo que son aquellos(as) que atienden a las personas menores de 18 años en los albergues cuando se dictan medidas de protección que implican la separación del grupo familiar.

Problemática a intervenir:

Existen dos tipos de puestos para poder brindar una adecuada atención en los albergues: la auxiliar de servicios infantiles A, la cual cumple con un horario de ocho horas diarias, labora durante seis días a la semana y cuenta con un día de descanso y la auxiliar de servicios infantiles B, la cual debe cumplir con una jornada laboral de 11 días continuos y descansa tres días.

En este caso, para un trabajador o trabajadora que debe laborar durante 11 días continuos, que deben dormir en el albergue, los espacios para realizar actividad física son prácticamente inexistentes, debido a la dinámica propia de los albergues, ya que la demanda y la carga laboral que constantemente presentan es elevada.

Las encargadas de cuidado, tanto para las que deben dormir en su lugar de trabajo, como las que laboran en jornada de ocho horas (algunas veces, deben quedarse hasta 12 horas), muchas de las situaciones generadas por la propia dinámica del albergue y el manejo de la población menor de edad, tienden a ser factores que pueden elevar estos niveles de estrés.

Justificación:

El papel esencial en los albergues lo tiene el personal de cuidado directo, a través del modelaje e involucramiento cotidiano, por lo que es fundamental una actitud cálida, contenedora, comprensiva, flexible, con capacidad de escucha, discreta (a), que brinde supervisión, acompañamiento cercano y cotidiano a la persona menor de edad. Estas acciones estarán orientadas al cuidado, protección y desarrollo de las potencialidades, cualidades, habilidades y capacidad de aprendizaje de las personas menores de edad, que les permita generar el respeto por sí mismos, como base para el respeto hacia los demás, y a la vez, construir una autoestima sólida (Vargas y Juárez, 2010).

Generalmente, la población menor de edad que ingresa a estos albergues, presentan serios problemas, tales como: problemas conductuales, problemas psiquiátricos, PME con consumo de drogas, en condición de calle, desafiantes de la autoridad, trata de personas, explotación sexual, abuso sexual, violencia dentro de la familia. Todas estas situaciones pueden presentarlas PME que están en un mismo albergue (PANI, 2017).

Este tipo de situaciones pueden llegar a generar estrés en el personal de cuidado directo del PANI. Este estrés puede tener a largo plazo consecuencias fisiológicas, emocionales, sociales entre otros, que podrían aumentar el riesgo de enfermarse física y mentalmente (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2016).

El estrés es un proceso psicológico normal que se origina cuando se presenta una fuerte exigencia y no se sabe cómo responder ante ella de forma clara y adecuada. Si ante esa demanda se pudiera responder de forma inmediata y eficaz, la situación se resolvería con éxito y no se producirían las consecuencias negativas asociadas al estrés (Ministerio del Interior de España, 2014).

Según Orlandini (2012), el estrés no siempre es un fenómeno negativo ya que promueve la adaptación de la mayor parte de las personas a su medio, pudiendo generar resultados positivos como mayor concentración, sentimiento de logro y beneficios sociales.

No obstante, la Asociación Americana de Psicología (2017) expresa que el exceso de estrés puede causar, además, graves daños emocionales. La gente puede superar bien episodios leves de estrés sirviéndose de las defensas naturales del cuerpo para adaptarse a los cambios. Pero el estrés crónico excesivo, es decir, aquél que es constante y persiste por un largo período de tiempo, puede ser extenuante tanto en lo físico como en lo psicológico.

El estrés crónico puede ser el resultado de estresores cotidianos que no se atienden o no se manejan adecuadamente, así como de eventos traumáticos. Las consecuencias del estrés crónico son graves, particularmente porque éste contribuye a la ansiedad y la depresión. Las personas que tienen depresión y ansiedad tienen un riesgo dos veces mayor de tener enfermedades cardíacas que las personas que no tienen estas afecciones (Anderson y Anderson, 2013).

El estrés relacionado con el trabajo está determinado por la organización del trabajo, el diseño del trabajo y las relaciones laborales, y tiene lugar cuando las exigencias del trabajo no se corresponden o exceden de las capacidades, recursos o necesidades del trabajador o cuando el conocimiento y las habilidades de un trabajador o de un grupo para enfrentar dichas exigencias no coinciden con

las expectativas de la cultura organizativa de una empresa (Oficina internacional de Trabajo, 2012).

Es importante mencionar que la práctica de actividad física regular otorga beneficios en las funciones orgánicas, produce una sensación de bienestar psíquico y una actitud positiva ante la vida, lo cual, a su vez, redundando en forma positiva en el área somática, al desarrollar un mejor dominio del cuerpo, una mayor seguridad y confianza en su desenvolvimiento ante las tareas cotidianas (Díaz, 2002), además según Cintra y Balboa (2011) evita aproximadamente el 50% del riesgo de muchos desórdenes relacionados con la inactividad (como enfermedad del corazón y diabetes), reduciendo el riesgo de hipertensión y algunas formas de cáncer, y tensión decreciente, ansiedad, depresión y soledad.

En relación con esta consideración, en el 2004, Bolaños y Elizondo, realizaron en Costa Rica un estudio con un grupo de 104 sujetos pertenecientes a una empresa de telecomunicaciones, quienes practicaron actividades físico-recreativas en un ambiente natural, donde los estados de ansiedad bajaron y la retroalimentación de valores resultó valiosa para el Departamento de Recursos Humanos de esta empresa.

Díaz (2002) comparó el efecto agudo de un programa de ejercicio aeróbico y yoga en el estado de ánimo de empleados industriales, determinando que este tipo de ejercicios disminuye los estados de ansiedad y fatiga.

A nivel internacional, Pino y Pria (2007) en su estudio con 40 trabajadores masculinos de una empresa y luego de aplicar un programa de entrenamiento físico, encontraron diferencias significativas en los niveles de capacidad física, así como menos molestias a nivel músculo esquelético de los empleados.

Las personas que practican actividad física consiente, sea recreativa o como deporte, sufren diferentes cambios tales como el vencimiento de emociones

negativas como miedo, agresión, ira; así mismo, le proporciona al participante las herramientas para hacerle frente con el aprendizaje del control de emociones durante cada actividad (Nieves, 2000).

La actividad física es una de las mejores terapias contra el aislamiento y la depresión. Para que la actividad física logre obtener los beneficios que se han mencionado, debe hacerse con gusto y placer, nunca como una molestia. Cuando se hace actividad física “por obligación”, esto se convierte en una carga emocional. Por ejemplo, la actividad que es obligada, como lo es el quehacer diario, no rinde tan buenos efectos como cuando se hace una caminata matutina, en un sitio agradable, en contacto con la naturaleza, ropa y zapatos cómodos y en buena compañía (Instituto de Obesidad, 2018).

Ante esta realidad, el ejercicio físico y las actividades recreativas permiten rehabilitar a las personas, que por cuestiones de trabajo, edad, por ejemplo, se han vuelto sedentarias y perdieron la capacidad de desenvolverse eficazmente en sus actividades diarias (Barrantes et al, 2004).

Las actividades físicas de tipo recreativo al concebir un conjunto de actividades de diversos tipos y ser ejecutada en el tiempo libre, brinda al individuo 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 (Avilés, 2010).

Asociado a esto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000a) menciona que un entorno laboral saludable es primordial, no sólo para lograr la salud de los que ahí trabajan, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida general.

Según Casas y Klijn (2006) para que exista un entorno laboral saludable, éste debe tener las siguientes características: promover la participación de los empleadores, trabajadores y otros actores sociales interesados en la realización de acciones conjuntas para controlar, mejorar y mantener la salud y el bienestar de los trabajadores; y la realización de procesos orientados a lograr el empoderamiento de empleados y empleadores. Un ambiente laboral saludable asegura la salud de los trabajadores y mejora las condiciones de la productividad, por lo tanto, la calidad de vida de toda la población.

Por lo tanto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1996a) expresa que un ambiente laboral negativo afecta a los seres humanos y acarrea problemas como ansiedad, tensión, fatiga, insomnio, estrés y depresión. Estos factores podrían aumentar el costo en la salud pública, ya que se ven acrecentadas las visitas al médico y las incapacidades; además de que aumenta el ausentismo injustificado o el absentismo (cualquier período durante el cual se deja de asistir deliberadamente al trabajo) (Meyman, 1991).

Martínez y Saldarriaga (2008) en su estudio Inactividad Física y Ausentismo en el Ámbito Laboral; indican que el ausentismo laboral está asociado con el sedentarismo y que la inactividad física aumenta la frecuencia y la duración de las incapacidades laborales lo cual presupone implicaciones desfavorables para el trabajador, para la empresa y para la sociedad. Los autores recomiendan además desarrollar y fortalecer los programas de promoción de la actividad física en el ámbito laboral, planteándolos como una opción estratégica en salud ocupacional.

Existen formas para aminorar los niveles de estrés en las personas, uno de ellos es el realizar actividad física de manera programada y regulada. Se debe por tal motivo resaltar la importancia de la actividad física de manera regular, debido a la cantidad de beneficios que éste genera en su calidad de vida.

Fomentar su práctica en funcionarios(as) con condiciones laborales que limitan la realización del mismo, debido a su jornada laboral, tal como es el caso de las encargadas de cuidado directo, podría ser un factor que traería aspectos positivos en la ejecución de las labores diarias de este personal institucional, mejorando incluso la percepción hacia la importancia del movimiento humano.

Actualmente, no hay evidencia que el PANI promueva mediante directrices o lineamientos la práctica de actividad física de manera regular para estos servidores que tienen esta jornada laboral.

En el año 2011, luego de una consulta realizada por el Secretario General del Sindicato de los Trabajadores del PANI (SEPI), con respecto a un criterio institucional sobre permisos para trámites personales, el funcionario de Recursos Humanos Bernal Carvajal Vargas, le realiza una interpretación de un oficio de Presidencia Ejecutiva P.E.-030-97 donde se hace uso de la discrecionalidad protestativa de dar como incentivo a las funcionarias que realizaban labores de cuidado directo, de un permiso para que las mismas pudieran realizar gestiones personales, indicando además que se otorgan por un periodo prudencial y quedan sujetos a la jefatura inmediata.

Lo anterior genera un espacio donde podría contemplarse dentro de estos “trámites personales” la práctica de actividad física de manera estructurada, siempre y cuando no se vea alterada la dinámica propia del albergue ni la atención de las personas menores de edad.

Este tipo de jornada laboral de 11 días seguidos impide que los(as) servidores(as) puedan tener contacto con su familia, sus hijos biológicos; en la mayoría de los casos son víctimas de agresión verbal y en algunos casos física por parte de las personas menores de edad, generando una sobrecarga tanto física como emocional y exponiéndolas a padecer enfermedades no transmisibles, a causa de los niveles de estrés que manejan constantemente.

Es por este motivo que se pretende valorar los efectos de un proceso de actividad física con fines recreativos sobre la calidad de vida y la percepción de la importancia del movimiento humano en personal de cuidado directo de los albergues de la Dirección Regional San José Central.

Objetivo general:

- Examinar los efectos de un proceso de actividad física con fines recreativos sobre la percepción de la importancia del movimiento humano, en las encargadas de cuidado de los seis albergues de la Dirección Regional San José Central, durante un periodo de cuatro meses.

Objetivos específicos:

- Analizar los efectos de un proceso de actividad física con fines recreativos sobre la calidad de vida de las participantes.
- Observar los efectos de un proceso de actividad física con fines recreativos sobre los estadios de cambio del modelo transteorético.
- Elaborar un documento de auto aplicación para el seguimiento del proceso de actividad física con fines recreativos de las encargadas de cuidado.

Conceptos claves:

Albergue del PANI: constituye la Alternativa de Protección que ofrece la institución para garantizar una intervención integral que favorezca el ejercicio de derechos, el desarrollo de la responsabilidad y cubra las necesidades manifiestas y latentes de las personas menores de edad en condición de mayor vulnerabilidad que requieren de dicha alternativa, al no contar con otra opción habitacional y cuidado (Vargas y Juárez, 2010).

Actividad física: se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía (OMS, 2010).

Nivel de actividad física: aumento en el gasto de energía a través de la actividad física con base en la energía gastada por caminar diariamente cierto kilometraje o realizar actividades equivalentes (Williams, 2006).

Recreación: todas aquellas actividades recreativas positivas, diseñadas con el fin de brindar bienestar para: satisfacer necesidades, motivar y transformar emocionalmente a las personas y contribuir en su desarrollo integral (Morera, 2008).

Inactividad física: se considera uno de los mayores factores de riesgo en el desarrollo de la enfermedad cardíaca e incluso se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida sedentario y la mortalidad cardiovascular. Una persona sedentaria tiene más riesgo de sufrir arterioesclerosis, hipertensión y enfermedades respiratorias (Fundación Española del Corazón, 2017).

Estrés: El estrés es un proceso psicológico normal que se origina cuando se presenta una fuerte exigencia y no se sabe como responder ante ella de forma clara y adecuada. Si ante esa demanda se pudiera responder de forma inmediata

y eficaz, la situación se resolvería con éxito y no se producirían las consecuencias negativas asociadas al estrés (Ministerio del Interior de España, 2014).

Enfermedades no transmisibles: son enfermedades de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes (OMS, 2016).

Calidad de vida: es el bienestar en las dimensiones físicas, psicológicas y sociales, que abarca más allá del estado biomédico, abarcando la percepción subjetiva y del comportamiento de cada individuo (Oblitas, 2006).

Proceso de actividad física: es considerado fundamentalmente una experiencia personal y una práctica sociocultural, enfatizándose el potencial beneficio de la actividad física de las personas, las comunidades y el medio ambiente (Samaniego y Devís, 2003).

Capítulo II

MARCO CONCEPTUAL

La actividad física y el rol en la salud del ser humano

El término actividad física se refiere a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que tiene como resultado un gasto energético; se clasifica en estructurada y no estructurada (OMS, 2011c y Varo, Martínez y Martínez, 2003 y Williams, 2006).

La actividad física no estructurada incluye gran parte de las actividades cotidianas, como por ejemplo caminar, bailar, arreglar el jardín, lavar el carro, actividades domésticas y ocupacionales, juegos, entre otras. Importante es destacar que estas actividades no están planeadas para ser ejercicio. Por otro lado la actividad física estructurada es un programa planeado de actividades físicas diseñado para mejorar la condición física y la salud (Williams, 2006).

La actividad física no debe confundirse con el ejercicio. Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas (OMS, 2011c).

En los últimos años se ha profundizado cada vez más en el estudio de la actividad física, tanto en los efectos saludables de su práctica habitual como en la relación que su ausencia mantiene con el desarrollo, mantenimiento y agravamiento de diversas enfermedades crónicas (Varo, Martínez y Martínez, 2003).

De igual manera se ha profundizado en el término bienestar, que es un concepto muy inclusivo ya que toma en cuenta una gran variedad de factores relacionados con la salud; donde requiere que se realicen programas y actividades positivas que logren modificar la conducta, y de esta manera logren mejorar la salud y la calidad de vida, así como prolongar la vida de la persona y lograr un bienestar total (Hoeger y Hoeger, 2005).

También la actividad física realizada de manera regular con una intensidad moderada o alta, ha sido identificada como un factor que aumenta el nivel de bienestar de una persona además de considerarse un factor protector frente a la enfermedad coronaria, ataque vascular cerebral, cáncer, diabetes, artritis, osteoporosis, enfermedad pulmonar crónica, obesidad y depresión. Adicionalmente, hay evidencias acerca de los beneficios de la actividad física en la capacidad cognitiva, la variación del estado de ánimo y la calidad de vida relacionada con la salud (Gómez et al, 2005; y Williams, 2006).

Beneficios de la actividad física en el ser humano

Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21% a 25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (OMS, 2011c).

Un nivel adecuado de actividad física regular (OMS, 2011c y Hoeger y Hoeger, 2005):

- reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas;
- mejora la salud ósea y funcional,

- es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso,
- mejora y fortalece el sistema cardiorrespiratorio,
- promueve un mejor tono, fuerza y resistencia muscular,
- mejora la flexibilidad muscular,
- ayuda a mantener la tonicidad muscular,
- mejora y acelera el metabolismo,
- mejora la postura y la apariencia física,
- mejora el funcionamiento del sistema inmunológico,
- disminuye el índice de mortalidad por enfermedades crónicas,
- previene o retrasa el desarrollo de la hipertensión arterial y disminuye la presión arterial en caso de padecerla.
- ayuda al completo desarrollo de la masa ósea en los jóvenes y ayuda a mantenerla en la vejez, por lo que se reduce el riesgo de padecer osteoporosis,
- ayuda a que las personas duerman mejor,
- libera la tensión y ayuda a que las personas manejen el estrés,
- aumenta los niveles de energía y de productividad laboral,
- alarga la longevidad y retarda el proceso de envejecimiento,
- promueve el bienestar psicológico a través de una imagen, una autoestima y un estado de ánimo mejores,
- reduce la depresión y la ansiedad,
- motiva a la realización de cambios positivos en el estilo de vida (mejorar la alimentación, dejar de fumar, controlar el consumo de drogas y alcohol),
- acelera el proceso de recuperación después de una lesión o enfermedad,
- regula y mejora las funciones del cuerpo en general,
- mejora el vigor físico y contrarresta la fatiga crónica,
- ayuda a mantener un estilo de vida independiente especialmente en el caso de adultos mayores,

- aumenta la calidad de vida ya que la gente se siente mejor, más feliz y vive de forma más saludable.

La OMS (2010c) indica que en los adultos de 18 a 64 años, la actividad física se realiza durante el tiempo libre o los desplazamientos (por ejemplo, paseando a pie o en bicicleta) y mediante actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados, en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Además se indican las siguientes recomendaciones:

- los adultos de 18 a 64 años deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien un mínimo de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa,
- la actividad aeróbica se realizará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
- Para obtener mayores beneficios, los adultos deberían incrementar esos niveles hasta 300 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, o bien 150 minutos de actividad aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa,
- deberían realizar ejercicios de fortalecimiento muscular de los grandes grupos musculares dos o más días a la semana.

Recreación

Salazar (2008) define la recreación como “conjunto de actividades agradables en las cuales se participa durante el tiempo libre y que fomentan el uso positivo de éste para promover el desarrollo integral de las personas. Este desarrollo integral se alcanza por medio de experiencias significativas de educación no formal, el disfrute de o el gozo por lo que se hace, la selección de actividades que agradan y la participación voluntaria en lo que se desea realizar (Salazar, 2008, p. 1).

Se ha considerado que la recreación proporciona satisfacción a las necesidades humanas, que estimula el desarrollo y que posibilita el equilibrio psicofísicos. Para Cutrera (1987), la recreación es el desenvolvimiento placentero y espontáneo con tendencias a satisfacer ansias psico-espirituales de descanso, entretenimiento, expresión, aventura y socialización.

El juego como fundamento psicosocial de la recreación ha sido vinculado como un recurso de primera magnitud en el logro de la calidad de vida de los individuos y las comunidades (Roque, 2001).

La recreación es una disposición positiva y favorable de cambio y regeneración, aunque a confundirse con el entretenimiento en su acepción espontánea. Bajo este nuevo concepto se desarrolla la recreación dirigida, que debe cumplir las condiciones de volver a crear o de re-crear divirtiendo mediante una actitud activa y una implicación y participación en un grupo (Camerino, 2000).

En su sentido tradicional, la recreación ha sido un período de actividad ligera que permite el descanso, voluntariamente elegido, que restaura a la persona de las actividades obligatorias y pesadas o del trabajo (Kraus, 1971).

El propósito de la vida no es solamente trabajar, ya que el progreso tecnológico deja tanto tiempo libre, que pensar únicamente en el trabajo rutinario de cada día, haría a las personas perder la belleza y los valores espirituales, sociales y culturales que la vida plena le ofrece. Tampoco puede ser el propósito de la vida el placer hedónico, porque la fibra moral de la gente se quebraría, como preludio al derrumbe de la comunidad donde esa persona vive (Seda, 1973).

Algunos beneficios de la recreación, según Morera (2008) son los siguientes:

Nivel Personal:

- Físico: salud general, prevención de enfermedades o problemas de salud, reduce hábitos sedentarios, mejora las funciones cardíacas, respiratorias, otras
- Intelectual: aprendizaje nuevas destrezas, nuevos lugares y comportamientos. Aprende a cooperar, observar, inferir, concluir, resolver problemas, memoria visual
- Espiritual: mejora autoestima, capacidad de introspección, la humildad, apreciación por la naturaleza, vida en comunidad, autorrealización
- Socio-psicológicos: mejora el bienestar personal, sentido competencia, autonomía, humor, moral, satisfacción de vida, interacciones sociales. Niveles ansiedad, stress, depresiones, problemas somáticos, desarrolla el carácter

Nivel Social:

- Familia: mejora lazos padres e hijos, apoyo social, cohesión familiar, la cooperación, la comunicación, aprenden los valores familiares
- Económicos: reduce costo servicios médicos, genera recursos proteger ambiente y sitios históricos, promueve el crecimiento de la economía local
- Comunidad: reducción comportamientos negativos, mejora cohesión social, la integración, el trabajo en equipo, el valor y respeto por los demás, toma de decisiones, el trabajo voluntario y participación comunal
- Ambientales: valorización y el cuidado del ambiente, aprende acerca del ambiente, vida salvaje y las zonas protegidas, experimento de vivencias espirituales al estar en contacto con la naturaleza

Cada individuo usa su tiempo libre como quiere debido a que tiene libre albedrío para voluntariamente decidir que va a hacer. Su tabla de valores, sus normas, sus actitudes y las destrezas que le inculcaron y desarrolló en la infancia y en sus años mozos, determinarán en gran medida como empleará él su tiempo libre (Seda, 1973).

Enfermedades no transmisibles (ENT)

Las ENT son enfermedades de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes (OMS, 2016f).

Estimaciones de la obra *The Global Burden of Disease: 2004 update* publicada en 2008, en 2004 se produjeron 59 millones de defunciones. Treinta y cinco millones de estas fueron el resultado de causas que encajaban en la categoría general de todas las enfermedades no transmisibles; por su parte, las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales causaron 18 millones de defunciones; y las causas externas y los traumatismos causaron 6 millones de defunciones (OMS, 2010c).

La OPS (2015b) indica que las ENT son la principal causa de morbilidad, mortalidad y muerte prematura en la Región de las Américas; en el 2012 se les atribuyó el 75% de todas las defunciones. En la Región, la probabilidad de morir a causa de una de las cuatro ENT principales en las personas de 30 a 70 años de edad es del 15%. El cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades respiratorias fueron la causa del 82% de las muertes debidas a las ENT. Cuatro factores de riesgo ocasionan la mayor parte de las muertes y discapacidad evitables: alimentación poco saludable, consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol e inactividad física. Estos riesgos son generados por los seres humanos y pueden ser revertidos por los seres humanos.

Las principales causas de muerte, de acuerdo a *Global Burden of Disease: 2004 update*, citado por la OMS (2010c) fueron las siguientes:

- Cardiopatía Isquémica

- Afeción Cerebrovascular
- Infecciones de las vías respiratorias inferiores
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfermedades diarreicas
- VIH/SIDA
- Tuberculosis
- Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón
- Traumatismos por accidentes de tráfico
- Prematuridad y peso bajo al nacer
- Infecciones neonatales
- Diabetes mellitus

Además estas enfermedades, las cuales en el pasado en gran parte se limitaron a los países industrializados, ahora representan más de la mitad de todas las defunciones en los países de bajo y mediano ingreso. De acuerdo al Banco Mundial (2011), las economías se dividen de acuerdo con el INB (ingreso nacional bruto) per cápita de 2008, el que se calcula usando el método Atlas del Banco Mundial. Los grupos son: ingresos bajos, US\$975 o menos; ingresos medianos bajos, US\$976 a US\$3.855; ingresos medianos altos, US\$3.856 a US\$11.905; e ingresos altos, US\$11.906 o más).

Solamente las enfermedades cardiovasculares mataron en estos países en 2001 a casi más del triple de personas que el SIDA, la malaria y la tuberculosis combinados. Y a raíz de que las enfermedades transmisibles, la desnutrición y la mortalidad materna aún representan el 40 por ciento de defunciones en los países en desarrollo, el ascenso de las ENT está creando una “carga de morbilidad dual” que muchos sistemas de salud de países en desarrollo están mal equipados para afrontar (Disease Control Priorities Project, 2006).

La OMS ha publicado un informe sobre el mapa global de las enfermedades no transmisibles. Con datos de 193 países de distintos ingresos, el documento

recoge que, de media, las enfermedades cardiovasculares son responsables del 48% de las muertes en el mundo, los distintos tipos de cáncer del 21%, los trastornos respiratorios crónicos del 12% y la diabetes del 3%. De los 57 millones de fallecimientos que se registraron en 2008 -año al que corresponden las cifras-, 36 millones fueron causados por estas patologías (Lantigua, 2011).

Más de nueve millones de estas muertes se producen de forma prematura, en personas que aún no han cumplido los 60 años. Y éstas, que afectan al 22% de los hombres y al 35% de las mujeres de los países de bajos ingresos y al 8% de hombres y 10% de mujeres de los países ricos o bien con altos ingresos, son las que podrían prevenirse más fácilmente, según el organismo. Basta con medidas eficaces para reducir los principales factores de riesgo, que son el tabaco, el abuso de alcohol, la mala alimentación y la falta de ejercicio físico, que provocan un aumento de la tensión, del colesterol y de los niveles de glucosa en sangre y, a partir de ahí, el desarrollo de las enfermedades citadas (Lantigua, 2011).

En Costa Rica la situación actual en cuanto al tema de salud no se aleja de la realidad mundial y es una situación preocupante; ocho de cada diez costarricenses mueren producto de enfermedades crónicas, es decir, infartos, hipertensión, diabetes, obesidad o cáncer (Rodríguez, 2011).

Según la OMS (2011d) en su informe Perfiles de Países en Enfermedades No Transmisibles, Costa Rica presenta las siguientes causas de muerte:

- Traumas: 13%
- Males infecciosos, malnutrición: 7%
- Otros males no trasmisibles: 19%
- Diabetes: 4%
- Enfermedades respiratorias: 6%
- Cáncer: 21%
- Enfermedades cardiovasculares: 30%

Las ENT son la principal causa de muerte en el mundo entero, habiendo causado 38 millones (el 68%) de los 56 millones de defunciones registradas en 2012. Más del 40% de ellas (16 millones) fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad (OMS, 2014e). Sumado a esto, tienen factores de riesgo comunes tales como: la adopción de dietas con alto contenido de grasa y una reducida actividad física, el fumado y el abuso del alcohol. Otros factores con alta prevalencia como la obesidad, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia se consideran tanto ENT como factores de riesgo para desarrollar otras ENT (Plan Nacional de Salud, 2016).

Por otra parte, según la Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica 2008-2009, el porcentaje de sobrepeso y obesidad, según grupo de edad y sexo, se determinó lo siguiente:

Tabla 1.

Porcentaje de sobrepeso y obesidad, según grupo de edad y sexo

Edades	Sobrepeso	Obesidad
Hombres de 20 a 64 años	43,5%	18,5%
Mujeres de 45 a 64 años	38,5%	38,5
Mujeres de 20 a 44 años	33,2%	26,5%

Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica 2008-2009.

Entorno laboral

Según la OMS (2010b) un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores:

- La salud y la seguridad concernientes al espacio físico de trabajo.

- La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del ambiente de trabajo.
- Los recursos de salud personales en el espacio de trabajo, y
- Las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad.

Aunque la evolución tecnológica eliminó algunos de los trabajos más agotadores, trajo consigo gran insatisfacción por trabajos repetitivos y monótonos, estilos de vida más pasivos y el reemplazo de trabajadores por máquinas, provocando una incoherente vida laboral que oscila entre el trabajo no gratificante y el desempleo (OPS, 1996a).

Todos los sentimientos que las personas experimentan y que determinan su estado anímico, influyen de alguna manera en todos los aspectos de la vida incluyendo el laboral. Por lo tanto, muchos de los esfuerzos en la capacitación de los empleados pueden enfocarse en el desarrollo humano mediante el mejoramiento de los estados físicos y mentales, las actitudes, comportamientos y relaciones entre los empleados (Díaz, 2002).

Así mismo O'Brien (1998) considera que la salud laboral depende de la adecuación entre recursos personales y la demanda laboral. Además, existen diferentes factores psicológicos como la motivación del trabajador, factores fisiológicos como la edad, antecedentes de la enfermedad común, factores sociales dentro de la empresa como el clima laboral y factores administrativos como las condiciones de trabajo (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo, 1997).

El evolucionario estilo de vida actual también se convierte en una sobrecarga para el bienestar emocional, notándose una mayor incidencia de problemas como la ansiedad, la tensión, la soledad, el insomnio, la fatiga y otros

síntomas de una deteriorada salud mental que se manifiesta de muchas formas, como la violencia familiar, el abuso de fármacos, drogas y el suicidio (OPS, 1996a).

Los aspectos psicosociales que influyen en el ambiente laboral, se debe tomar en cuenta que las personas llevan a su trabajo sus capacidades, aptitudes sentimientos, emociones, conflictos y tensiones (Ruíz, 1987, citado por Castro 2002).

Ortega (1999) menciona que los aspectos psicosociales representan el conjunto de percepciones y experiencias del trabajador, algunos son de carácter individual, otros se refieren a las expectativas económicas o de desarrollo personal y otros a las relaciones humanas y sus aspectos emocionales.

Para Cedeño (2003), los esfuerzos de capacitación deben buscar la autorrealización de las personas en su trabajo, la obtención de un empleo altamente eficaz y el desarrollo de actitudes que permitan a las personas ser felices del vínculo laboral.

Lazarus (1991) menciona que la salud laboral se puede ver afectada por el estrés laboral el cual sucede por una interacción desfavorable entre los atributos del trabajador y las condiciones de trabajo que conducen a trastornos psicológicos y a conductas insanas y finalmente a la enfermedad.

Según Rodríguez (1995), entre las características estresantes del trabajo se incluyen factores como la sobrecarga de trabajo, la exposición a riesgos y peligros, el trabajar por turnos, o de noche, la complejidad del trabajo, la posibilidad de controlar el propio trabajo, la variedad de las tareas, el conflicto de rol, la ambigüedad de rol. Entre las variables grupales y organizacionales se pueden mencionar la falta de cohesión en el grupo, las presiones de grupo, el clima grupal, el conflicto grupal, la complejidad organizacional y el mal clima organizacional.

Meyman (1991) muestra que el descenso en el rendimiento puede dar lugar a una conducta de protección de salud.

En la medida que el trabajador perciba un ambiente laboral agradable y se encuentre en un estado anímico óptimo en su trabajo, podrá exteriorizar todos estos ingredientes que según Goleman (1999) llevan a la excelencia laboral.

Vargas y Bustillos (1992), mencionan que las técnicas participativas han tenido un uso diverso. En el área de la psicología se han utilizado con el fin de cohesionar grupos entre sí, conseguir la desinhibición de individuos y su identificación con el grupo. Las técnicas participativas también se han usado para la educación popular y para el trabajo con grupos de base, utilizándose para hacer más sencilla y entretenida la reflexión sobre un tema.

Además O'Brien (1998) establece que el desequilibrio entre los recursos personales y la demanda laboral promueven el estrés y debilita la salud laboral de la empresa. Los determinantes del estrés laboral los agrupa según sus características. El primero lo denomina como contenido del trabajo el cual incluye el ritmo de la máquina, infrutilización de la capacidad, sobre utilización de la capacidad, sobrecarga cuantitativa, baja participación en las decisiones laborales, presión horaria y monotonía. El segundo lo define como estructura y política organizacional en que se encuentran el rol de la ambigüedad, el rol conflictivo, trabajo compartido, supervisión directa y salario inadecuado. El tercero es el ambiente laboral en donde se toma en cuenta el ruido, la contaminación, la temperatura y la escasa seguridad. El cuarto está compuesto por los factores no relacionados con el trabajo como las demandas familiares, inseguridad económica. El último es el grupo que se relaciona con la personalidad como la ansiedad, personalidad tipo A.

Efectos de la actividad física en el ambiente laboral

Moore (1998) y López (2001) citados por Barrantes y otros (2004), consideran que el ejercicio físico a nivel empresarial disminuye en un alto porcentaje los accidentes laborales así como las lesiones por tensión arterial.

El desarrollo de programas de actividad física en el entorno laboral tiene los siguientes beneficios (Minsalud, 2015):

- Crea una fuerza de trabajo saludable.
- Aumenta la productividad de los empleados.
- Disminuye el ausentismo laboral.
- Reduce los costos en salud de los empleados.
- Aumenta la moral y autoestima de los empleados.
- Atrae y retiene a los buenos empleados.

Además Buendía (1998) expresa que la promoción de salud integra la acción del personal de salud, tanto al diseño de la jornada laboral; sus vías, métodos, medidas de protección, etc., como la integración y desarrollo de las distintas formas de subjetividad social de la institución es un proceso continuo de educación para la salud.

Promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla, rehabilitar, son tareas que producen muchas satisfacciones, pero también muchos problemas y tensiones en el personal sanitario. Ciertamente, este personal tiene una tasa muy alta en problemas de salud, y en conductas insalubres (como el fumado) e incluso la tasa de suicidios, que parecen deberse a la fuerte tensión laboral a que se ven diariamente sometidos (Cartwright, 1979 citado por Rodríguez, 1995).

El proceso de promoción de salud no aborda ésta sólo a través de los hábitos, sino también de la calidad de las relaciones, eventos y actividades que integran el modo de vida del sujeto. La promoción de salud persigue comprometer

al sujeto en el mejoramiento de su calidad de vida y convertir la salud en un sentido subjetivo importante de su actividad intencional (Buendía, 1998).

Modelo Transteorético

Según Cabrera (2000) el modelo transteorético está fundamentado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio. Esto es lo que permite planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional. El modelo se apoya en una serie de presupuestos sobre la naturaleza del cambio de comportamiento y de las características de las intervenciones que pueden facilitar dicho cambio.

La teoría de este modelo logra explicar la actividad física como una conducta y los factores que la pueden influenciar. Está centrado en los procesos de toma de decisiones relacionados con el cambio de comportamiento intencional; esto es, aquellos procesos en los que el ser humano decide cambiar su conducta con ayuda terapéutica o sin ella. Examina la motivación del individuo para cambiar sus hábitos de actividad física, las barreras que impiden este cambio, los beneficios que se espera lograr de este estilo de vida, las estrategias y técnicas para poder volverse más activo. Todo lo anterior lo convierte en un modelo que puede ayudar a lograr mejorar la adherencia (Marcus y Forsyth 2003).

El Modelo Transteorético es un modelo dinámico que intenta explicar el cambio intencional de la conducta a través de la concepción del “cambio” como un proceso, en vez de un estado dicotómico de exhibición o no exhibición de la conducta de interés. La premisa fundamental del modelo Transteórico es que los individuos progresan a través de una serie de etapas cuando intentan adquirir o extinguir una conducta (Cardinal, 1995).

Sánchez y otros (1998) mencionan que el Modelo Transteórico aplicado al ejercicio físico distingue cinco etapas de conducta de ejercicio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento:

1. **Precontemplación.** Las personas subestiman los beneficios del cambio o sobreestiman los costos. Típicamente, no están conscientes que cometen esos errores. Si no están conscientes que están equivocados, será difícil que cambien. Muchas personas permanecen en esta fase durante años, dañando en forma considerable sus cuerpos, a sí mismos y a otros (DiClemente, 1985).
2. **Contemplación.** Los individuos en esta etapa declaran abiertamente la intención de cambiar. Son más conscientes de las ventajas del cambio, no obstante, permanecen agudamente conscientes de los gastos que pudiera implicar (Prochaska, Redding y Evers, 1997). También son vistos frecuentemente como ambivalentes en su decisión de cambiar o para aplazar el momento del cambio. Hay una intención para la acción a lo largo de seis meses.
3. **Preparación.** La mayoría de las personas en esta etapa están planeando tomar alguna acción determinada en el corto plazo, y hacen ajustes finales antes de comenzar a cambiar su comportamiento. Usualmente han comenzado a hacer pequeños cambios, tales como reducir la cantidad de cigarrillos que fuman diariamente. Planean sus acciones y tratan de reforzarlas. Estos pequeños cambios derivan en un aumento de la ansiedad y esto da la oportunidad al especialista de tratarla cuando esta comenzando y es fácilmente manejable (McWhirter y otros, 2002).
4. **Acción.** Es una etapa en la cual los individuos modifican su comportamiento, experiencias o ambiente, requiere un compromiso considerable de tiempo y energía, regularmente en un periodo de tiempo que varía de uno a seis meses. También es una etapa inestable por el potencial de recaída o rápida progresión a la siguiente etapa (Cabrera, 2002).

5. Mantenimiento. Es una etapa que se caracteriza por la estabilización del cambio en el comportamiento ya manifestado. Esta etapa tiene una duración de al menos seis meses después del cambio que se observa. Durante esta etapa se consolidan los logros obtenidos y se lucha contra la recaída. Esta etapa suele verse como una etapa estática, sin embargo el modelo transteorético la plantea como una continuación que puede durar desde un período corto de seis meses hasta el resto de la vida (Rodríguez, 2013).

Calidad de vida

Según Tonon (2010) la calidad de vida es hoy concebida como un concepto multidimensional que comprende un número de dominios, considerados con diferente peso por cada persona, de acuerdo a la importancia que cada sujeto le asigna a cada uno de ellos.

Es la manera en que el ser humano percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones. Todo lo anterior relacionado con su salud física, estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales (El Grupo de la OMS sobre la calidad de vida, 1996).

Según Rodríguez y otros (2018) se ha definido como un constructo que expresa una valoración subjetiva del grado en que se ha alcanzado la satisfacción vital, o como el nivel de bienestar personal percibido.

La calidad de vida relacionada con la salud es una interpretación subjetiva del paciente, de su satisfacción vital, de la repercusión de la enfermedad en su dinámica de vida, y de los efectos secundarios que conlleva el tratamiento (Torre y otros, 2008).

Además Gomez y Sabeh (2005) mencionan que en los últimos 10 años, las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico:

- *Entre las ciencias de la salud:* los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Esto ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente. Actualmente hay importantes trabajos realizados sobre intervenciones en personas con cáncer, sida, asma y esclerosis múltiple, entre otras.
- *Desde la psiquiatría y la psicología:* se realizan evaluaciones de Calidad de Vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor. Ha tenido una importante atención la reflexión sobre los efectos de la desinstitucionalización tanto sobre los sujetos como sobre las familias a partir de la conocida reforma psiquiátrica. También se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la Calidad de Vida.
- *En el terreno de la Educación:* la investigación es aún escasa y existen muy pocos instrumentos para evaluar la percepción de niños y jóvenes sobre los

efectos de la educación en su Calidad de Vida. No obstante, los cambios trascendentales acaecidos en la forma de entender la educación en todo el mundo, particularmente en lo relacionado con alumnos con necesidades educativas especiales, han ido en una línea paralela a la seguida por aquellos que promueven la calidad de vida.

Capítulo III

METODOLOGÍA

Sujetos:

En total participaron 23 encargadas de cuidado, de las cuales 13 laboran como encargadas de cuidado de 24 horas y las otras diez son encargadas de cuidado de ocho horas. A todas se les realizó un diagnóstico inicial de manera individual para detectar nivel de actividad física, enfermedades que padecen, actividades recreativas que más les gusta realizar y las expectativas que tenían con relación al proceso de actividades físico recreativas.

Instrumentos y materiales:

Se aplicó el Cuestionario SF-36, el cual mide la percepción de la salud física-mental, sirviendo como un indicador de percepción de calidad de vida y a partir de 36 ítems mide ocho conceptos sobre la salud, que detecta estados positivos así como negativos de la salud física y estado emocional. Se reporta una consistencia interna superior a 0,7 (alfa de Cronbach) en la mayoría de las dimensiones (rango de 0,71 – 0,94), excepto en la dimensión de relación social (alfa = 0,45). Los coeficientes de correlación intraclase, oscilan entre 0,58 y 0,99 (Alonso, Prieto y Antó, 1995) (Anexo 1).

Los 36 ítems abarcan las siguientes escalas:

- *Función física*, compuesto por los ítems 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12. Esta dimensión se refiere al grado en el que la salud limita las actividades físicas tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger y llevar cargas o pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.
- *Rol físico*, integrado por los ítems 13, 14, 15 y 16. Se trata del grado en el que la salud física interfiere con el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo un

rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.

- *Dolor corporal*, conformado por los ítems 21 y 22. Tiene que ver con la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de la casa como dentro de ella.
- *Salud general*, integrada por los ítems 1, 33, 34, 35 y 36. Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
- *Vitalidad*, compuesta por los ítems 23, 27, 29 y 31. Se refiere al sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- *Función social*, incluye los ítems 32 y 20. Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
- *Rol emocional*, ítems 17, 18 y 19. Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, rendimiento menor que el deseado y disminución del esmero en el trabajo.
- *Salud mental*, ítems 24, 25, 26, 28 y 30. Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general.

Cada ítem se puntúa de 0 a 100, en el que 0 es el peor estado de salud y 100 el mejor. Según Vilagut G, et al. (2005), para el cálculo de las puntuaciones posterior su recolección se debe:

- 1) Homogenizar la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».
- 2) Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).

- 3) Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Es importante mencionar que se incluye un ítem de transición que pregunta por el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior; sin embargo, ese ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información valiosa sobre el cambio percibido en el estado de salud.

Además, se aplicó el Inventario de Procesos de Cambio para el Ejercicio Físico, el cual consta de 30 ítems, se valora con una escala Likert de cinco puntos. Fue elaborado por Nigg, Norman, Rossi y Benisovich (1999) según Gutiérrez, Raich, Sánchez y Deus (2003) y tiene un coeficiente de confiabilidad de 0.92 (Anexo 2).

Este instrumento permite identificar los procesos de cambio que ha desarrollado una persona respecto a la realización de ejercicio físico e indirectamente permite identificar en que estadio de cambio se encuentra. Hace referencia a las posibles estrategias cognitivo-conductuales que la persona ha desarrollado para favorecer el cambio de conducta. Cada ítem se ha de responder con una puntuación que indica la frecuencia con que dicho acontecimiento suele ocurrirle a la persona entre 1 (nunca) y 5 (muchas veces) a lo largo del último mes.

Los procesos de cambio se responden con los siguientes ítems:

- (a) aumento de concienciación: 1, 2, 3;
- (b) alivio por dramatización: 4, 5, 6;
- (c) reevaluación del ambiente: 7, 8, 9;
- (d) **auto-reevaluación: 10, 11, 12;**
- (e) liberación social: 13, 14, 15;
- (f) contracondicionamiento: 16, 17, 18;
- (g) relaciones de ayuda: 19, 20, 21;
- (h) manejo de contingencia: 22, 23, 24;

- (i) autoliberación: 25, 26, 27;
- (j) control de estímulos: 28, 29, 30.

Durante el desarrollo del programa, se les aplicó un instrumento para detectar el progreso de las participantes, así como principales barreras que les afectaban para la ejecución del mismo. Fue de fácil aplicación, consta de cuatro preguntas, dos de ellas son preguntas abiertas y otras dos preguntas donde deberán marcar con equis. La aplicación del cuestionario se realizó en los meses 2, 3 y 4, siendo que en la última aplicación se le agregó una pregunta abierta para obtener la apreciación de las participantes sobre el programa. Este instrumento fue validado por expertos (Anexo 3).

Procedimiento:

En primera instancia se solicitó el permiso correspondiente a la Directora de la Dirección Regional San José Central del PANI. Una vez obtenido dicho aval, se visitaron los seis albergues para conversar con todas las encargadas de cuidado y comentarles en qué consistía el estudio y consultarles si querían participar en el mismo.

Posterior a eso se realizó una reunión general con todas las funcionarias que iban a participar, se les solicitó que llenaran la carta de consentimiento informado (Anexo 4) y se les dieron detalles de la dinámica del desarrollo de las actividades. Se les aplicó de manera inicial el Cuestionario SF36 (Anexo 1) y el Inventario de Proceso de Cambio para el Ejercicio Físico (Anexo 2). Estos mismos instrumentos, se aplicaron una vez finalizaron el proceso de actividad física con fines recreativos (PAFR). Durante los meses 3, 4 y 5, se les aplicó el cuestionario de medición de impacto del PAFR.

Durante la segunda visita a cada albergue, se realizó un diagnóstico de manera individualizada con cada sujeto (Anexo 5), para así poder tener insumos sobre los gustos y preferencias hacia la práctica de la actividad física.

Posteriormente con los datos obtenidos, se confeccionó un documento de manera personalizada donde estaba toda la información relacionada con el PAFR (Anexo 6).

Dentro de este documento, las participantes podían registrar de manera diaria las actividades físicas que realizaban, así como su estado de ánimo. Estas actividades las escogían dentro del listado que ellas mismas habían indicado que eran de su agrado.

Cuando se les entregó el documento, se les hizo la recomendación por parte de la profesional para realizar aquellas actividades que implicaban mayor gasto calórico.

Se les indicó que el documento era totalmente personal e individualizado, con actividades de su gusto y su llenado no era obligatorio; se les entregó como una guía para poder realizar el proceso de actividad física recreativa. Adicional a esto, se realizaron dos distintas intervenciones:

- Sesión de manera grupal por albergue (donde se compartieron experiencias vividas hasta el momento y además se les brindó información importante del proceso). Estas sesiones fueron seis de dos horas por cada albergue.
- Sesiones mensuales de manera grupal con todas las participantes (las mismas se realizaron en los albergues). Estas sesiones fueron para fortalecer el trabajo que los sujetos venían realizando. Consistieron en tres actividades (masaje relajante, charla de nutrición y clase de baile) los cuales complementaron el proceso de actividad física y las sesiones de

trabajo en cada uno de los albergues. Las profesionales especialistas en realizar estas actividades fueron una nutricionista, una fisioterapeuta y un coreógrafo, todos fueron contactados por la investigadora.

Estas distintas maneras de intervenir la población respondieron a la dificultad que presentó la población para poder realizar un trabajo grupal en una misma sesión, esto debido a que algunas se encontraban laborando en la jornada de 24 horas y por la dinámica tan particular de cada uno de los seis albergues.

La duración de la intervención fue de cinco meses, distribuido de la siguiente manera:

- Mes 1: solicitud de permisos, reuniones generales, llenado de cuestionarios.
- Mes 2, 3 y 4: aplicación del programa de actividad física con fines recreativos, con seguimiento de la profesional.
- Mes 5: en las tres primeras semanas, se realizaron sin seguimiento de la profesional. En la última semana del mes, se aplicaron los cuestionarios.

Análisis Estadístico:

Se obtuvieron estadísticas descriptivas, calculándose promedios y desviaciones estándar para cada una de las variables. También se calcularon frecuencias absolutas para el caso de variables que no sean métricas.

Además se estimó el cambio en las variables de interés mediante el cálculo del porcentaje de cambio, con la siguiente fórmula: (evaluación final – evaluación inicial) / evaluación inicial. El resultado de esa fórmula se multiplicará por 100 para expresarlo porcentualmente.

Capítulo VI

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El promedio de edad de las participantes es de 50 años, 22 de ellas son sedentarias, sólo una manifestó que realizaba ejercicio físico de manera regular. De todas las participantes solamente dos no tienen ningún padecimiento o enfermedad, las demás tienen hipertensión, diabetes, asma, hipotiroidismo, fibromialgia, algún tipo de desgaste articular o alergias crónicas.

Lo que motiva a las participantes a ingresar al PAFR en su mayoría es mejorar su salud (14), mejorar su estado de ánimo (1), liberar estrés (1), aprender a distribuir tiempo (2), conocer más sobre actividad física (2) y perder peso (3).

Tabla 2.

Promedio de las escalas del cuestionario SF36 antes y después del PAFR

Escala	Promedio	Promedio	% cambio
	Pre	Post	
Función Física	75,21	76,52	1,73%
Función Social	84,6	86,52	2,26%
Salud Mental	83,82	79,3	-5,39%
Dolor corporal	53,26	69,13	29,79%
Rol físico	83,69	90,21	7,79%
Rol emocional	84,04	74,65	-11,17%
Vitalidad	69,34	66,52	-4,07%
Salud General	62,82	69,09	9,97%

Elaboración propia

En esta tabla se pueden observar todas las escalas del cuestionario SF36. En las escalas de función física, función social, dolor corporal, rol físico y salud en general, se nota que los puntajes fueron más altos al final del programa, sin

embargo las escalas de salud mental, rol emocional y vitalidad los puntajes fueron más bajos posterior a la aplicación del PAFR.

La calidad de vida relacionada con la salud es una interpretación subjetiva del paciente, de su satisfacción vital, de la repercusión de la enfermedad en su dinámica de vida, y de los efectos secundarios que conlleva el tratamiento (Torre y otros, 2008).

García y otros (2004) indican que el cuestionario SF36 puede ser una herramienta sensible para detectar riesgos físicos y psicosociales relacionados con el trabajo. Es posible que el aumento de 29,79% de porcentaje de cambio en la escala dolor corporal pueda relacionarse directamente con la carga laboral a la que las participantes se enfrentan de manera cotidiana.

Tabla 3.

Promedios antes y después así como porcentaje de cambio de los estadios de cambio

Estadio de cambio	Pre	Post	% cambio
Precontemplación	69,08	74,4	7,69%
Contemplación	88,41	93,04	5,24%
Preparación	68,12	56,23	-17,45%
Acción/Mantenimiento	53,12	71,09	32,03%

Elaboración propia

Con relación al inventario de procesos de cambio para el ejercicio físico, al realizar un análisis de los puntajes, se evidencian que los puntajes mas altos antes y después. Esto puede reflejar que las participantes mejoraron su actitud hacia la práctica de un estilo de vida saludable. En esta tabla se puede observar que el estadio “acción-mantenimiento” es el que evidencia un 32,03% en porcentaje de cambio.

El Modelo Transteórico del Cambio explica las fases que una persona necesita superar en el proceso de cambio de una conducta problemática (o conducta que se pretende cambiar) a una que no lo es, considerando la motivación como un factor importante en este cambio, y asignándole al sujeto un rol activo, pues éste es concebido como el principal actor en su cambio de comportamiento (García-Allen, 2018).

Tabla 4.

Percepción de las participantes sobre sensación de bienestar al participar del PAFR

PAFR sentirse mejor	Primera aplicación	Segunda aplicación	Tercera aplicación
Poca diferencia	2	0	3
Mejor que antes	20	15	14
Gran diferencia	1	8	6

Elaboración propia

En la Tabla 4 se observa la respuesta que las participantes tuvieron hacia la pregunta: “Durante el tiempo que llevas en el programa, ¿has sentido que esto te ha ayudado a sentirte mejor?”. Esto se les preguntó en durante el primer mes, a los 2 meses y medio y al final del programa. En la primer aplicación 2 participantes indicaron que sintieron poca diferencia, sin embargo 20 indican que se sienten mejor que antes y 1 de ellas expresó que sintió una gran diferencia. Durante la segunda aplicación, 15 sujetos indicaron que se sentían mejor que antes, 8 expresan que sienten una gran diferencia y en este caso, ninguna indicó que había sentido poca diferencia. Para la última aplicación 3 sujetos indicaron que sintieron poca diferencia, 14 que estaban mejor que antes y 6 sintieron una gran diferencia.

Según Olmedilla y Ortega (2008) a práctica de actividad física de forma regular, parece constituir un factor importante que influye en la calidad de vida, produciendo efectos beneficiosos sobre la salud física y psicológica independientemente de la edad y sexo de los sujetos.

Por otra parte, también un comportamiento activo regular ha demostrado favorecer la sensación de bienestar en los que lo practican, con un impacto positivo tanto en la percepción subjetiva de ese bienestar, como en la mejora de los niveles de autoestima, en la percepción de la propia imagen corporal, e incluso en la mejora de la capacidad cognitiva. Todos estos efectos positivos sumados contribuyen claramente a promover un estado emocional positivo que nos facilitará enfrentarnos con mayor confianza y tranquilidad a los retos de la vida diaria (Jiménez, 2018).

Tabla 5.

Barreras que se le presentaron a las participantes para la ejecución del PAFR.

Barreras	Primera aplicación	Segunda aplicación	Tercera aplicación
Ninguna	9	23	14
Lluvia	4		0
Mala planificación	2		1
Problemas de salud	5		5
Falta de voluntad	1		0
Rutina y roles del albergue	6		4
PME difícil manejo	1		0
Elaboración propia			

En esta tabla se observan las principales barreras con las que tuvieron que lidiar las participantes. En la primera aplicación, algunas expresaron que no tuvieron barreras, sin embargo seis indican que aspectos como la rutina y los roles

del albergue les afectaron, cinco indicaron que problemas de salud, cuatro que lluvia, don expresaron que mala planificación y una indica que falta de voluntad y PME de difícil manejo. Para la segunda aplicación ninguna participante tuvo barreras para la ejecución del programa. No obstante en la tercera aplicación, seis vuelven a indicar que problemas de salud, cinco que por rutina y roles del albergue, una menciona que por mala planificación.

Tabla 6.

Diferentes formas en que las participantes lograron afrontar barreras durante la ejecución del PAFR.

Maneras para vencer barreras	Primera aplicación	Segunda aplicación	Tercera aplicación
Ninguna	9	19	13
Ponerme de acuerdo con otras EC	2	1	1
Cambio de actitud	4	1	4
Haciendo diferentes actividades con PME	4	1	2
Leer en bus o cuando espero citas	0	1	0
Buscar otras opciones para hacer en casa	6	3	3
Aprovecho fines de semana	1	0	0
Apoyo familiar	1	0	0

Elaboración propia

En esta tabla se puede mostrar las diferentes maneras en que las participantes que expresaron tener barreras, lograron vencerlas. Durante la primera aplicación 9 de ellas indicaron que no tenían ninguna barrera, seis de ellas buscaron otras opciones para hacer en la casa, 4 de ellas indicaron que cambiando de actitud, otras 4 haciendo diferentes actividades con PME, otras expresaron que poniéndose de acuerdo con otras EC, aprovechando fines de semana y con apoyo familiar.

Para la segunda aplicación, en su mayoría (19 sujetos) recurrieron a formas para vencer barreras. En la tercera aplicación 13 sujetos tampoco recurrieron a distintas formas para vencer barreras, 4 de ellas indicaron que cambiando de actitud, 3 de ellas buscaron otras opciones para hacer en casa y 2 indican que haciendo diferentes actividades con PME.

Tabla 7.

Distintas percepciones de las encargadas de cuidado después de participar en el PAFR.

Opiniones de las EC	Cantidad EC
Experimenté cambios en mi vida	2
Mejoré mi estado de ánimo	1
Mayor motivación y actitud para cambiar	4
Mayor conciencia e interés por un EVS	12
Agradecimiento al programa	5
Mejoré mi condición física-mi energía	4
Elaboración propia	

En esta tabla se puede apreciar la respuesta que las EC tuvieron con relación a la pregunta: “¿Qué significó para usted haber participado de este programa, qué cambios ha notado en su vida?”. La opinión que más se repitió, ya que 12 EC la mencionaron fue la relacionada una mayor conciencia e interés por un estilo de vida saludable, posteriormente, cinco de ellas agradecieron por haber sido tomadas en cuenta en este estudio, cuatro de ellas indicaron que sienten mayor motivación y actitud para cambiar, otras cuatro indicaron que mejoraron su condición física, dos opinan que experimentaron cambios en su vida y una indicó que mejoró su estado de ánimo.

Capítulo VI

CONCLUSIONES

- Las encargadas de cuidado, después de participar en el proceso de actividad física con fines recreativos perciben que tienen un mayor interés por mejorar su estilo de vida.
- En el diagnóstico se observa que las encargadas de cuidado, tenían una percepción de que actividad física era salir a correr o hacer actividades que no eran de su agrado, sin embargo, posterior al proceso, ellas manifiestan que realizar actividad física es algo más amplio y agradable.
- Al finalizar el proceso, pudieron comprender que su trabajo les permite poder realizar gran diversidad de actividades físico recreativas, aprovechando los espacios en los cuales, aquello que consideraban parte de su trabajo, y era percibido de una forma obligada y poco motivada; pudieran entenderlo y aplicarlo bajo esa cotidianidad de una forma más placentera y eficaz para mejorar su calidad de vida.
- Los resultados del cuestionario SF36 que miden calidad de vida, evidenciaron que las participantes mejoraron en las escalas función física (porcentaje de cambio 1,73%), dolor corporal (29,79%), función social (porcentaje de cambio 2,26%), rol físico (porcentaje de cambio 7,79%), salud general (9,97%). De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que las participantes pudieron percibir que tienen mayores posibilidades de realizar mayor cantidad de actividades diarias, estando las mismas relacionadas con el trabajo, las rutinas de vida diaria, realizar esfuerzos moderados o un poco más intensos; que no realizaban anteriormente. La percepción de su estado de salud en general, fue relacionado para las participantes, en un mejoramiento de sus estilos de vida, con la toma de conciencia a los cambios de vida en general.

- El proceso de actividad física con fines recreativos generó cambios en las participantes en lo que respecta a los estadios de cambio del modelo transteorético, siendo que para el estadio precontemplación el porcentaje de cambio fue de 7,69%, contemplación 5,24% y acción-mantenimiento 32,03%. La evaluación de los resultados en general, evidencian un incremento en la motivación a continuar en el proceso que genera cambios, cada uno de los estadios aumenta o se incrementa significativamente para las participantes del estudio.
- El proceso de actividad física con fines recreativos generó cambios en las participantes en lo que respecta a tres de los estadios de cambio del modelo transteorético, siendo que para el estadio de acción-mantenimiento, se observa un mayor porcentaje de cambio (32,03%), lo cual evidencia un incremento en la motivación para continuar realizando actividad física.
- El estadio de preparación del modelo transteorético, tuvo un porcentaje de cambio de -17,45%, es decir, que hubo una tendencia mayor por parte de las participantes a cambiar su estadio a mantenimiento.
- El documento de autoaplicación, cumplió con un propósito motivacional, en tanto que la creación del mismo, fue basado en gustos y necesidades observadas de las participantes durante el primer momento del estudio. Las actividades que más generaran movimiento, fueron las que se puntualizaron a las participantes a que realizaran más frecuentemente, obteniendo con las mismas, el resultado de un aumento de la actividad física, de la mano con la sensación de bienestar al realizarlas.
- Con la tercera aplicación del instrumento se observa que las participantes aumentaron de barreras hacia el PAFR en comparación con la segunda

aplicación, es decir, sin un acompañamiento por parte de un profesional, las participantes tienden a disminuir la ejecución de las actividades físico recreativas, por lo que este proceso de acompañamiento debió ser por un periodo mas largo.

- Con relación a los cambios experimentados por las EC en su calidad de vida, pueden observarse diferencias sustantivas relacionadas con la subjetividad de cada una de las participante, ya que por ejemplo para algunas, el simple hecho de realizar ejercicios de estiramiento todos los días, les generó una sensación de bienestar que antes no “tenían”, o bien otras participantes mencionaron que al incrementar su consumo de agua, perciben que les ha ayudado en su salud; es por esto que, cada uno de los resultados son muy importantes para cada una de ellas, debido a que sintieron una mejora en algún aspecto de su vida.

Capítulo VII

RECOMENDACIONES

- El PANI debe promover entre las EC estilos de vida saludables, lo anterior como una herramienta preventiva debido a la carga laboral que las mismas tienen constantemente en su trabajo.
- La institución debería replantearse cambiar el tipo de jornada de trabajo de las encargadas de 24 horas, las cuales deben pasar 11 días alejadas de su entorno familiar, aspecto que afecta el estado anímico de las EC.
- Se debe promover que las encargadas puedan tener un tiempo establecido por día o semana para poder realizar actividades recreativas que les ayuden a liberar tensión, tomando en cuenta siempre que no queden desatendidas las PME albergadas.
- Debería formarse un equipo interdisciplinario (psicólogo y educador físico) en esta Dirección Regional para que pueda encargarse de darle un mejor seguimiento al personal de cuidado directo y que fomenten estilos de vida adecuados en las funcionarias.
- Se recomienda que al menos una vez al mes, estas funcionarias puedan participar de alguna actividad recreativa.
- Poder replicar este tipo de trabajo con otras encargadas de cuidado directo de otras DR.
- De acuerdo a lo evidenciado por las EC donde en su mayoría mencionaron que de una u otra manera se sintieron mejor después de haber participado del PAFR, el PANI debería plantearse que este programa pueda mantenerse en el tiempo y darle un seguimiento más cercano para que

esos cambios experimentados por ellas, puedan seguirse dando y así mejorar el servicio que ellas ofrecen a las PME albergados en las alternativas de protección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Asociación Americana de Psicología (2017). *Comprendiendo el estrés crónico*. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/estres-cronico.aspx>.

Anderson, N.B. & Anderson, P.E. (2003). *Emotional Longevity: what really determines how long you live*. [Longevidad emocional: lo que realmente determina que tanto usted va a vivir]. New York: Viking.

Avilés, R. (2010). *La actividad física recreativa, vía sana para el disfrute de la comunidad*. Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd150/la-actividad-fisica-recreativa-para-la-comunidad.htm>.

Banco Mundial (9 de noviembre, 2011). *Clasificación de países*. Recuperado de: <http://datos.bancomundial.org/quienes-somos/clasificacion-paises>.

Barrantes, Y., Berrocal, G., Jiménez, E., Nitza, S y Solís, J. (2004). *Elaboración de un programa de actividades física recreativas para mejorar la autoestima en el adulto mayor*. (Tesis de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en salud, Universidad Nacional, Región Brunca, Pérez Zeledón).

Bolaño, M. y Tomas, E. (1994). *Diccionario de recreación*. Colombia: Talleres de publicación del politécnico colombiano Jaime Isaza Cadavid.

Bolaños, A. y Elizondo, N. (2004). *Efectos de una jornada de actividades físico recreativas sobre los estados anímicos y el bienestar laboral en trabajadores de una empresa de telecomunicaciones*. (Tesis de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en salud, Universidad Nacional, Heredia).

Buendía, J. (1998). *Estrés laboral y salud*. España: Biblioteca Nueva S.A.

Cabrera, G. (2000). *El modelo transteorético del comportamiento en salud*. Recuperado de : <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/viewFile/997/869>

Cardinal, B. J. (1995). The stages of exercise scale and stages of exercise behavior in female adults. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*. (35), 87-92.

Cadena, P. (2005). *Outdoor: Forma de vida*. Recuperado de: <http://www.jeeperos.com/foros/archive/index.php/t-26267.html>.

Camerino, O. (2000). *Deporte recreativo*. (1 ed.) España: INDE publicaciones.

Casas, S. y Klijn, T. (2006). Promoción de la salud y su entorno laboral saludable. *Rev Latino-am Enfermagem*. Enero-Febrero; 14(1):136-41.

Cedeño, A. (2003). El papel de alta gerencia de las unidades de recursos humanos. *Rev. Actualidad económica N. 272-273*. Enero, 50 – 51.

Cintra, O. y Balboa Y. (2011). La actividad física: un aporte para la salud. *Educación Física y Deportes, Revista Digital*. Buenos Aires, Año 16, N° 159. Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd159/la-actividad-fisica-para-la-salud.htm>

Costa Rica. *Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia*. Ley No. 7648.

Cutrerá, J. (1987). *Técnicas de Recreación*. Buenos Aires: Stadium.

Díaz, F. (2002) *Actividad física*. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos11/acfis/acfis.shtml>.

Díaz, N. (2002). *Factores psicosociales y físicos que afectan el estado anímico de los empleados industriales*. (Tesis de Maestría en Ciencias del Movimiento Humano, Universidad de Costa Rica).

DiClemente C., Prochaska J., Gibertini M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. [La autoeficacia y las etapas del auto cambio de fumado] *Cognit Ther Res*. 9 (2): 181-200.

Disease Control Priorities Project (Junio, 2006). Enfermedades no transmisibles
Las enfermedades no transmisibles ahora ocasionan la mayor parte de defunciones en los países de bajo y mediano ingreso. Recuperado de: <http://www.dcp2.org/file/76/DCPP-NCD-Spanish.pdf>.

Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica 2008-2009. (8 de octubre, 2009).
Recuperado de: http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/menu-principal-proyectos-y-propuestas-ms/doc_view/33-encuesta-nacional-de-nutricion-costa-rica-2008-2009?tmpl=component&format=raw.

Frumkin, A. (2001). *Los científicos de Emory dicen que el contacto con la naturaleza puede sanar a los humanos*. Emory Universidad, Marzo 23, 2001.

Fundación Española del Corazón (20 de setiembre, 2017). *Falta de ejercicio-sedentarismo*. Recuperado de: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/falta-ejercicio-sedentarismo.html>.

Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de vida y de Trabajo (1997). Extracto de “Preventing absenteeism at the workplace. Research summary”.

García, A., Santibáñez, M. y Soriano, G. (2004). Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. Recuperado de: http://www.archivosdeprevencion.com/view_document.php?tpd=2&i=1345.

García-Allen, J. (2018). El Modelo Transteorético del Cambio de Prochaska y Diclemente. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/psicologia/modelo-transteorico-cambio-prochaska-diclemente>.

Goleman, D. (1999). *La inteligencia emocional en la empresa*. (1 ed). México: Limusa.

Gómez, M. y Sabeh, E. (2005). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Universidad de Salamanca. Recuperado de: <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>.

Gómez, L; Duperly, J; Lucumi, D; Gamez, R y Venegas, A (20 de marzo, 2005). *Nivel de actividad física global en la población adulta de Bogotá (Colombia): Prevalencia y factores asociados*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000300005&script=sci_arttext.

Grupo de la OMS sobre calidad de vida (1996). *¿Qué calidad de vida?*. Recuperado de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/55264>.

Hoeger, W. y Hoeger, S. (2005). *Ejercicio y salud*. (6 ed.). México, D.F: Thomson Editores S.A.

Instituto de Obesidad (2018). *Técnicas de Apoyo Terapia Física*. Recuperado de: <http://institutodeobesidad.com/tecnicas-de-apoyo/terapia-fisica/>.

Jadue, L., Vega, J., Escobar, M., Delgado, I., Garrido, C., Lastra, P., Espejo, F. Y Peruga, A. (1999). Factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles: Metodología y resultados globales de la encuesta de base del programa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles). *Revista Médica de Chile*, v.127 n.8 Santiago ago. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498871999000800017&script=sci_arttext.

Jiménez, A. (2018). *El ejercicio regular favorece la sensación de bienestar*. Recuperado de: http://www.go-fit.es/Noticias/Detalle/el_ejercicio_regular_favorece_la_sensacion_de_bien_estar.

Kraus, Richard (1971). *Recreation and leisure in modern society*. [Recreación y ocio en la sociedad moderna] New York: Appleton-Century-Crofts.

Lantigua, I. (12 de octubre, 2011). *Las enfermedades no transmisibles matan a 36 millones de personas al año*. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/09/13/noticias/1315941177.htm>.

Lazaruz, S. (1981). *Transacciones estresante entre persona y medio*. Stuttgart: Huber.

López, A. (1996). La Educación Física Contemporánea y la necesidad de un modelo. *Educación Física y Deporte*. 18 (2).

Marcus, B. y Forsyth, L. (2003). *Motivating people to be physically active*. [Motivando a las personas a se físicamente activas] Champaign, IL: Human Kinetics.

Martínez-López, E. y Saldarriaga-Franco, J. (16 de octubre, 2008). Inactividad Física y Ausentismo en el Ámbito Laboral. *Revista de Salud Pública*. 10(2). Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n2/v10n2a03.pdf>.

McWhirter, P., Florenzano, R. y Soubllette, M. (2002). El modelo transteorético y su aplicación al tratamiento de adolescentes con problemas de drogas. *Adolescencia Latinoamericana*. 3(2). Recuperado de: <http://bibliodrogas.cl/biblioteca/documentos/R2091.pdf>.

Meyman, F. (1991). *Over vermoeidheid*. [Trabajo excesivo]. Amsterdam: Studiecentrum Arbeid en Gezondheid.

Ministerio del Interior de España (2014). *Otros factores de riesgo: el estrés*. Recuperado de: http://www.dgt.es/PEVI/documentos/catalogo_recursos/didacticos/did_adultas/estres.pdf. Fecha de acceso: 20 de marzo 2018.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2016). *Estrés en el trabajo “Ni tanto que queme al santo, ni tan poco que no lo alumbre”*. Recuperado de: <https://www.cso.go.cr/tematicas/psicosociales/Estres%20laboral%20un%20Oreto%20colectivo.pdf>

Morera, M. (2008). *Antología del Curso Vida al Aire Libre*. Manuscrito no publicado. Universidad Nacional, Facultad Ciencias del Salud, Escuela Ciencias del Deporte.

Negrini, A. (1987). *Documento de Trabajo: Sector Turismo Naturalista*. Estrategia Nacional de Conservación para el Desarrollo Sostenible.

- Nieves P. (2000). *Beneficios de la actividad física*. Recuperado de: http://www.nacom.es/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/ejercicio/doc/beneficios_actividad_fisica.htm.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (2 ed). México: Thomson.
- O'Brien, G. (1998). El estrés laboral como factor determinante de la salud. En: Buendía, J. *Estrés laboral y salud*, 1998. Biblioteca Nueva, S.L.
- Oficina Internacional de Trabajo (2012). *SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo - Guía del formador*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Olmedilla, A. y Ortega, E. (2008). Incidencia de la práctica de actividad física sobre ansiedad y depresión en mujeres: perfiles de riesgo. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a8.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2000a). *Estrategia de Promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe: Anexo No 6 - Documento de Trabajo*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010b). *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS*. Recuperado de: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010c). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html>.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011d). *Enfermedades no transmisibles: Perfiles de países 2011*. Recuperado de: http://www.who.int/nmh/countries/cr_es.pdf.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014e). *Informe sobre la situación de las enfermedades no transmisibles*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016f). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

Orlandini, A. (2012). *El estrés: Qué es y como evitarlo*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Organización Panamericana de la Salud OPS (1996a). *Promoción de la salud: una antología*. Publicación científica N. 657. 25 – 36.

Organización Panamericana de la Salud OPS (2015b). *Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria*. Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28227/9789275318669_spa.pdf?sequence=6.

Ortega, J. (1999). *Estrés y trabajo*. La nueva revista de medicina y salud en Internet. MEDSPAIN.

Patronato Nacional de la Infancia [PANI] (17 de setiembre, 2017). Sobre la realidad de los albergues del PANI. Recuperado de:

http://www.pani.go.cr/index.php?option=com_content&view=article&id=490:sobre-la-realidad-de-los-albergues-del-pani&catid=36:noticias&Itemid=1.

Plan Nacional en Salud (2016). Ministerio de Salud. Costa Rica.

Pino, C., & Pria-Bankoff, A. D. (2007). *Estudio comparativo de nivel de capacidad física, estrés laboral y molestia músculo esqueléticas en trabajadores*. Efdeportes, 115. Recuperado en <http://www.efdeportes.com>

Prochaska, J.O., Redding, C.A. y Evers, K. (1997). The transtheoretical model and stages of change. En K. Glantz, F. M. Lewis y B. K. Rimer (Eds.): *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp.60-84). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Sánchez, A., García, F., Landabaso, V. y De Nicolás. (1998). Participación en actividad física de una muestra universitaria a partir del modelo de etapas de cambio físico en el ejercicio físico: un estudio piloto. *Revista de Psicología del Deporte*. 7(2), 233-245.

Samaniego, V. Y Devís, J. (2003). La promoción de la actividad física relacionada con la salud. La Perspectiva de proceso y resultado. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. V.2 (10) pp.69-74.

Presidencia Ejecutiva, PANI. Oficio P.E.-030-97 (1997).

Rodríguez, I. (9 de noviembre, 2011). *Males crónicos causan el 81% de las muertes costarricenses*. Periódico La Nación. Aldea Global. Recuperado de: <http://www.nacion.com/2011-09-16/AldeaGlobal/null.aspx>

Rodríguez, J., García, J. y Terol, M. (2018). *El concepto de calidad de vida*. Recuperado de: <https://institutosalamanca.com/blog/concepto-calidad-de-vida/>.

Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. España: Síntesis S.A.

Rodríguez, A. (2013). *Implementación de un programa de seis meses de actividad física sistematizada y charlas nutricionales y su efecto en los componentes de la aptitud física y estadios de cambio en los funcionarios de una institución pública*. (Tesis sin publicar de la Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano de la Universidad Nacional). Heredia, Costa Rica.

Roque, R. (2001). *Recreación formativa y políticas sociales*. En: Ocio, tiempo libre y recreación. (1era edición). San José, Costa Rica: ICODER.

Salazar Salas, Carmen Grace. (2008). Recreación: Fuente inagotable de beneficios. *En Foro Centroamericano de Recreación, Educación Física y Deportes. Memoria del IV Congreso Centroamericano de Educación Física, Deporte y Recreación, "Naturaleza, movimiento y salud" 21-25 julio 2008* [documento digital]. San José, Costa Rica: FECERED.

Seda, J. (1973). *Recreación para la vida*. Puerto Rico: División Editorial.

Tonon, G. (2010). *Los estudios sobre la calidad de vida y la perspectiva de la Psicología Positiva*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/295099765_Los_estudios_sobre_calidad_de_vida_y_la_perspectiva_de_la_Psicologia_Positiva

Torre, F., Martín-Corral, J., Callejo, A., Gómez-Vega, C., La Torre, S., Esteban, I., Vallejo, R. (2008). *Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de*

tratamiento del dolor. Recuperado de:
http://revista.sedolor.es/pdf/2008_02_04.pdf. Fecha de acceso: 20 de octubre, 2018.

Vargas, L. y Bustillos, G. (1992). *Técnicas participativas para la educación popular*. Tomo I. Costa Rica: CEP Alforja.

Vargas y Juárez, (2010). Modelo de atención para la condición de mayor vulnerabilidad del Departamento de Atención Inmediata. Gerencia Técnica, Patronato Nacional de la Infancia.

Varo, J.; Martínez, J. y Martínez, M. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. Recuperado de:
<http://mural.uv.es/joplase/obesidad%20y%20educacion%20fisica.pdf>.
Fecha de acceso: 21 de octubre 2010.

Williams, M. (2006). *Nutrición para la salud, condición física y deporte*. (7 ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario SF 36

Nombre: _____ **Fecha de aplicación:** _____

Instrucciones: Seleccione la mejor respuesta.

1. En general, usted diría que su **salud** es:

- 1 () Excelente
- 2 () Muy buena
- 3 () Buena
- 4 () Regular
- 5 () Mala

2. ¿Cómo diría que es su **salud actual**, comparada con la de hace un año?

- 1 () Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 () Algo mejor ahora que hace un año
- 3 () Más o menos igual que hace un año
- 4 () Algo peor ahora que hace un año
- 5 () Mucho peor ahora que hace un año

3. Su salud actual ¿le limita para hacer esfuerzos **intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 () Sí, me limita mucho
- 2 () Sí, me limita un poco
- 3 () No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos **moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 () Sí, me limita mucho
- 2 () Sí, me limita un poco
- 3 () No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 () Sí, me limita mucho
- 2 () Sí, me limita un poco
- 3 () No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 () Sí, me limita mucho
- 2 () Sí, me limita un poco
- 3 () No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 () Sí, me limita mucho
- 2 () Sí, me limita un poco
- 3 () No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 () Sí, me limita mucho
- 2 () Sí, me limita un poco
- 3 () No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 () Sí, me limita mucho
- 2 () Sí, me limita un poco
- 3 () No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 () Sí, me limita mucho
- 2 () Sí, me limita un poco
- 3 () No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 () Sí, me limita mucho
- 2 () Sí, me limita un poco
- 3 () No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1 () Sí, me limita mucho
- 2 () Sí, me limita un poco
- 3 () No, no me limita nada

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 () Sí
- 2 () No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 () Sí
- 2 () No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 () Sí
- 2 () No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 () Sí
- 2 () No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (¿cómo estar triste, deprimido, o nervioso?)

1 () Sí

2 () No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

1 () Sí

2 () No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 () Sí

2 () No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 () Nada

2 () Un poco

3 () Regular

4 () Bastante

5 () Mucho

21. ¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 () No, ninguno

2 () Sí, muy poco

3 () Sí, un poco

4 () Sí, moderado

5 () Sí, mucho

6 () Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 () Nada

2 () Un poco

3 () Regular

4 () Bastante

5 () Mucho

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de **vitalidad**?

1 () Siempre

2 () Casi siempre

3 () Muchas veces

4 () Algunas veces

5 () Sólo alguna vez

6 () Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy **nervioso**?

- 1 () Siempre
- 2 () Casi siempre
- 3 () Muchas veces
- 4 () Algunas veces
- 5 () Sólo alguna vez
- 6 () Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan **bajo de moral** que nada podía animarle?

- 1 () Siempre
- 2 () Casi siempre
- 3 () Muchas veces
- 4 () Algunas veces
- 5 () Sólo alguna vez
- 6 () Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **calmado y tranquilo**?

- 1 () Siempre
- 2 () Casi siempre
- 3 () Muchas veces
- 4 () Algunas veces
- 5 () Sólo alguna vez
- 6 () Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo **mucha energía**?

- 1 () Siempre
- 2 () Casi siempre
- 3 () Muchas veces
- 4 () Algunas veces
- 5 () Sólo alguna vez
- 6 () Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **desanimado y triste**?

- 1 () Siempre
- 2 () Casi siempre
- 3 () Muchas veces
- 4 () Algunas veces
- 5 () Sólo alguna vez
- 6 () Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **agotado**?

- 1 () Siempre
- 2 () Casi siempre
- 3 () Muchas veces
- 4 () Algunas veces
- 5 () Sólo alguna vez
- 6 () Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **feliz**?

- 1 () Siempre
- 2 () Casi siempre
- 3 () Muchas veces

- 4 () Algunas veces
- 5 () Sólo alguna vez
- 6 () Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **cansado**?

- 1 () Siempre
- 2 () Casi siempre
- 3 () Muchas veces
- 4 () Algunas veces
- 5 () Sólo alguna vez
- 6 () Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 () Siempre
- 2 () Casi siempre
- 3 () Muchas veces
- 4 () Algunas veces
- 5 () Sólo alguna vez
- 6 () Nunca

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 () Totalmente cierto
- 2 () Bastante cierta
- 3 () No lo sé
- 4 () Bastante falsa
- 5 () Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 () Totalmente cierto
- 2 () Bastante cierta
- 3 () No lo sé
- 4 () Bastante falsa
- 5 () Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 () Totalmente cierto
- 2 () Bastante cierta
- 3 () No lo sé
- 4 () Bastante falsa
- 5 () Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 () Totalmente cierto
- 2 () Bastante cierta
- 3 () No lo sé
- 4 () Bastante falsa
- 5 () Totalmente falsa

Anexo 2. Inventario de Procesos de Cambio para el Ejercicio Físico

Nombre: _____

Fecha de aplicación: _____

Instrucciones: Las siguientes experiencias pueden afectar los hábitos de ejercicio de algunas personas. Piense si las experiencias que le presentamos a continuación le ocurren actualmente o si le han ocurrido durante el último mes. Luego indique con qué frecuencia le ha ocurrido a partir de la escala de 5 puntos siguiente:

1: Nunca

2: Pocas veces

3: Algunas veces

4: Bastantes veces

5: Muchas veces

Experiencias	1	2	3	4	5
1. Leo artículos sobre el ejercicio para intentar aprender mas					
2. Busco información relacionada con el ejercicio					
3. Investigo sobre nuevos métodos de ejercicio					
4. Me molesto cuando veo gente que se beneficiaría de hacer ejercicio y eligen no hacerlo					
5. Me dan miedo las consecuencias que puede tener para mi salud no hacer ejercicio					
6. Me molesta observar que las personas a las que quiero tendrían mejor salud si hicieran ejercicio					
7. Me doy cuenta de que si no hiciera ejercicio regularmente podría enfermar y ser una carga para otros					
8. Creo que hacer mi ejercicio regularmente me evitará ser una carga para el sistema sanitario					
9. Creo que el ejercicio regular desempeña un papel en la reducción del coste sanitario					
10. Me siento más confiado cuando hago ejercicio regularmente					
11. Creo que hacer ejercicio regularmente me hará más sano y feliz					
12. Me siento mejor conmigo mismo cuando hago ejercicio					

Experiencias	1	2	3	4	5
13. Me he dado cuenta de que mucha gente sabe que el ejercicio es bueno para ellos					
14. Soy consciente de que cada vez hay más personas que practican ejercicio una parte de su vida					
15. He notado que gente famosa a menudo suele manifestar públicamente que hacen ejercicio regularmente					
16. Cuando me siento cansado, hago ejercicio en cualquier caso porque sé que después me sentiré mejor					
17. En lugar de hacer la siesta, después del trabajo hago ejercicio					
18. En lugar de relajarme viendo la televisión o comiendo doy un paseo o hago ejercicio					
19. Tengo un amigo que me anima a hacer ejercicio cuando no tengo ganas					
20. Tengo a alguien que me anima a hacer ejercicio					
21. Mis amigos me animan a hacer ejercicio					
22. Una de mis recompensas de hacer ejercicio regular es que mejora mi estado de ánimo					
23. Intento pensar que el ejercicio es un tiempo para clarificar mi mente y mejorar mi cuerpo					
24. Si hago ejercicio regular, encuentro que me beneficio de tener más energía					
25. Me digo a mi mismo que puedo mantenerme haciendo ejercicio si lo intento suficientemente					
26. Me comprometo a hacer ejercicio					
27. Creo que puedo hacer ejercicio regularmente					
28. Tengo ropa deportiva convenientemente preparada, por lo que puedo hacer ejercicio donde sea si tengo tiempo					
29. Uso mi agenda para planificar mi tiempo de ejercicio					
30. Siempre tengo el equipo de ropa listo para hacer ejercicio					

Anexo 3. Cuestionario de control

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. Hasta el momento, ¿ha tenido barreras para poder realizar el programa de actividades físico recreativas?, en caso de responder que SI, cuáles han sido?

2. Si has tenido barreras u obstáculos, ¿cómo las has podido vencer o cómo las podrían vencer?

3. Durante el tiempo que llevas en el programa, ¿has sentido que esto te ha ayudado a sentirte mejor? Marca con una X

- No me siento diferente
- He notado muy poca diferencia de antes y ahora
- Me siento mejor que antes
- He notado una gran diferencia

4. Durante la ejecución de sus actividades del programa, ¿has incorporado a las PME pertenecientes a su albergue? Marca con una X

- No
- En pocas ocasiones
- En algunas ocasiones
- En muchas ocasiones
- Siempre

5. ¿Qué significó para usted haber participado de este programa, qué cambios ha notado en su vida? (ESTA PREGUNTA SE REALIZÓ SOLAMENTE EN LA TERCERA APLICACIÓN)

Anexo 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. La actividad consiste en la planificación, programación y ejecución de una serie de evaluaciones pre y post de un programa de actividad física con fines recreativos, con el fin de realizar la práctica profesional de la Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano.

Aclaraciones de su participación en la investigación:

- ✓ Se trabajará un cronograma de fechas para la ejecución de la aplicación de los cuestionarios tanto antes como después del programa de actividades físicas con fines recreativos, el cual consistirá en varias sesiones de trabajo de manera individual y también grupal.
- ✓ Su participación en este proceso no conllevará futuras complicaciones y efectos secundarios a corto o largo plazo sobre su salud, adicionales a los riesgos regulares de la práctica de ejercicio físico a intensidades moderadas.
- ✓ Se le ha explicado que los resultados de las evaluaciones realizadas y la información personal como participante podrá ser utilizada para fines científicos e investigativos bajo las debidas normas de confidencialidad estricta.
- ✓ El manejo de los datos de su persona durante su participación el programa será de uso estrictamente académico y el manejo del mismo será resguardado por las personas encargadas y colaboradoras de la investigación.
- ✓ Se le ha comunicado que toda la información recabada durante su participación en el proyecto tendrá una manipulación confidencial.
- ✓ En el transcurso de su participación en la investigación usted podrá solicitar información actualizada sobre todos los datos obtenidos en el proceso a las personas encargadas y colaboradoras.
- ✓ En caso de que se presente algún malestar durante su participación en el programa, se le brindará la asesoría profesional debida.
- ✓ Puede abandonar el programa en el momento que desee sin sufrir ninguna

consecuencia por parte de los encargados del mismo.

- ✓ Entiende que los riesgos que se podrían presentar durante un programa de actividad física podrían ser dolores musculares, articulares, entre otros.
- ✓ Los criterios de inclusión al programa estarán condicionados por las evaluaciones previas al inicio de la ejecución de los planes programados de ejercicio físico, relacionados a la presencia de factores de riesgo cardiovasculares que condicione su aptitud para realizar esfuerzos moderados y altos según el Colegio Americano de Medicina Deportiva.

Aclaraciones de su participación en un futuro estudio científico:

- a. Su decisión de participar en el estudio es estrictamente voluntaria.
- b. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar las condiciones.
- c. Puede retirarse en el momento que desee, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- d. No tendrá que realizar pago alguno por las pruebas a evaluar durante el estudio científico.
- e. No recibirá pago por su participación.
- f. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.
- g. Autoriza la futura publicación científica de la información obtenida durante su participación en la investigación a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional, que no se publicará mi nombre o se revelará mi identidad.

Con fecha _____ de _____ del 20____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el programa, yo _____ con número de cédula _____ acepto participar en la investigación titulada: *“Efecto de un proceso de actividad física con fines recreativos sobre la calidad de vida y la*

percepción de la importancia del movimiento humano, en personal de cuidado directo de alternativas de protección del patronato nacional de la infancia”

Nombre completo y firma del participante o responsable legal

Nombre y firma de quien aplica el consentimiento informado

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y otro en poder de la investigadora.

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Ariana Serrano Madrigal, encargada de la investigación, al teléfono: 8990-9062 o al correo electrónico anairaonarres@gmail.com

Ariana Serrano Madrigal

Estudiante

Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano

Universidad Nacional

Anexo 5. Instrumento diagnóstico

Información personal:

Fecha de entrevista:	
Nombre:	
Número de cédula:	
Número celular:	

Mediciones:

Talla:	
Edad:	
Peso:	
% grasa corporal:	
% agua:	
% masa muscular:	
Masa ósea:	

Aspectos generales:

Enfermedades, padecimientos y tratamientos médicos.

¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?

¿Qué la motiva al ingresar a este programa?

¿Qué le gustaría conseguir? (expectativas reales).
¿Qué actividades que impliquen grandes grupos musculares son las que más les gusta realizar? Incluye actividades que le hagan sentir : mucha risa, que la hagan sentirse feliz, o muy bien.
¿Realiza ejercicio físico de manera regular? Si () No (). ¿Cuánto tiempo en promedio?
En algunos momentos del día, siente rigidez articular (por ejemplo al ponerse de pie). Si () No ()
¿Cuánto tiempo dispone para sacar para usted misma?. Preguntar acerca de tiempos en que realiza actividades solas, rezar, meditar, respirar, relajación, escuchar música....
Mencione alguna otra actividad que le ayude a : bajar el estrés, sentirse ansiosa o preocupada.

Observaciones generales:

Anexo 6. Libro de control entregado a cada encargada de cuidado “Proceso de actividad física con fines recreativos”

(DOCUMENTO PDF APARTE)