

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

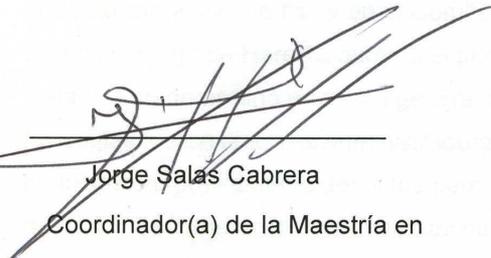
PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN UN
GRUPO DE MUJERES ADMINISTRADORAS DE SU
HOGAR QUE REALIZAN ACTIVIDAD FISICA EN EL
COMITÉ CANTONAL DE DEPORTES Y RECREACION
DE SANTO DOMINGO DE HEREDIA DURANTE EL
PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2014

MAYA R. VALVERDE VILLALOBOS

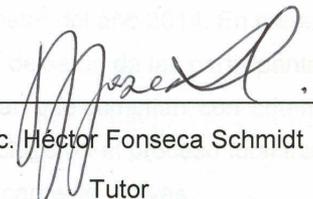
Trabajo sometido a la consideración del Tribunal
Examinador de tesis de Posgrado en Salud Integral y
Movimiento Humano con mención en Salud, para optar al
título de Magister Scientiae

Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica,
2014

Miembros del Tribunal Examinador

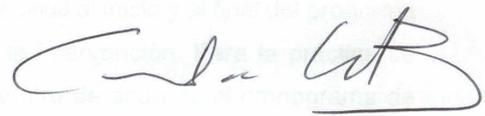


Jorge Salas Cabrera
Coordinador(a) de la Maestría en
Salud Integral y Movimiento Humano



M.Sc. Héctor Fonseca Schmidt
Tutor

M.Sc. Luis A. Rojas Campos
Asesor



Dr. Carlos Álvarez Bogantes
Asesor



Maya R. Valverde Villalobos
Sustentante

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

Resumen

El presente informe de la Práctica Profesional que tuvo como fin promover estilos de vida saludable en un grupo de mujeres administradoras de su hogar que realizan actividad física en el Comité Cantonal de Deportes y recreación de Santo Domingo de Heredia durante el primer semestre del año 2014. En primera instancia se determinó en forma general el estado de salud de las participantes, las cuales fueron dieciséis administradoras de hogar, que cumplían con criterios de inclusión, previamente definidos pero solo concluyeron el proceso total trece de estas. Se tomaron en cuenta amas de casa físicamente activas.

La duración de la práctica fue de ciento veinte horas de trabajo de contacto con las amas de casa, las cuales fueron segmentadas en treinta y seis sesiones, durante tres meses, donde se evalúa la aptitud física: composición corporal (Índice de masa corporal, porcentaje de grasa y de agua), resistencia aeróbica, nivel de actividad física y estado de salud al inicio y al final del programa para comparar los resultados después de la intervención. Para la práctica se trabajó una hora fija de ejercicio aeróbico y otra de acuerdo al cronograma de distintas actividades.

Al analizar el cuestionario SF- 12 se encontró en un grupo de mujeres que la gran mayoría, un 92.3% percibe su salud como buena o excelente, a nivel de composición corporal no se refleja de ese mismo modo, ya que según el promedio del índice de masa corporal ($27.15 \pm 6.42 \text{ kg/m}^2$) esta población se clasifica en sobrepeso, en donde el 61.6% del total de la muestra presento sobrepeso u obesidad, además si se observa el porcentaje de masa grasa, el cual para la muestra fue de $31.93 \pm 11.40\%$, es considerado como alto. La gran mayoría de la población indicó que causas físicas y emocionales hicieron que no pudieran del todo desarrollar su trabajo y actividades cotidianas, la interacción entre la percepción de salud actual de las mujeres administradoras

de hogar y el nivel de actividad física reportado por la cantidad de mets/minuto/semana, para este caso no se encontró relación significativa entre ella, reportaron una actividad física alta. A nivel de la capacidad funcional, evaluada con el consumo máximo de oxígeno, se encontraron diferencias significativas ($t= -3.41$; $sig=0.005$) en el puntaje promedio, según las mediciones hechas al inicio y final de la intervención realizada, a la vez no se encontraron diferencias significativas ($t= 0.25$; $sig=0.802$) en el puntaje promedio del índice de masa corporal, caso similar sucede con el porcentaje de masa grasa, en donde tampoco se encontraron diferencias significativas ($t= -1.02$; $sig=0.330$).

La intervención con un programa de estilos saludables tuvo una influencia positiva en este grupo de mujeres administradoras de hogar, no solo en aumentar aún más el nivel de actividad física o en fomentarles nuevas tácticas y técnicas de estilos de vida saludables para la mejora de su salud física, mental y social, sino que el programa generó un aumento de la capacidad funcional de las participantes.

Abstract

The present investigation was aimed at promoting healthy lifestyles in a group of woman that administer their homes and exercise in the Cantonal Committee of Sports and Recreation of Santo Domingo, Heredia during the first half of 2014. The first task was primarily to determine the health status of the participants; sixteen woman met the inclusion criteria, but only thirteen completed the process. The study got concentrated in physically active housewives.

The length of practice was one hundred and twenty hours of contact, working with these housewives, which were distributed into thirty-six sessions within three months, where fitness aptitude was evaluated: body composition (body mass index, fat and water rates), aerobic endurance, physical activity level and health status at the beginning and end of the program to compare the results after the intervention. For the work practice we worked one hour of aerobic exercise, and another hour according to the different schedule activities.

When analyzing the SF-12 questionnaire we found in a group of women, that the vast majority 92.3%, perceived their health as good or excellent, in terms of body composition is not reflected in the same way, since according to the average body mass index ($27.15 \pm 6.42 \text{ kg / m }^2$) this population is classified as overweight, where 61.6% of the total sample were overweight or obese, as well if we observe the body fat percentage, which for the sample shown it was $31.93 \pm 11.40\%$ is was considered as high. The vast majority of the population indicated that physical and emotional causes prevented them from fully develop their work and daily activities, the interaction between the

perception of the current health of the housewives and level of physical activity reported by the amount of mets / min / week, for this case, presented no significant relationship between each other, a high physical activity was reported. The functional capacity assessed by a maximum oxygen consumption, encountered significant differences ($t = -3.41$, $sig = 0.005$) in the average score, according to the measurements taken at the beginning and at the end of the intervention there were no significant differences ($t = 0.25$, $sig = 0.802$) in the average score of body mass index. The same scenario happened with the body fat percentage, where also no significant differences were found ($t = -1.02$, $sig = 0.330$).

The intervention of a program with healthy styles had a positive influence in this group of housewives, not just for improving the level of physical activity, or encouraging to utilize new techniques for a better lifestyles to improve their physical, mental and social health, but at the same time the program generated an improvement in the functional capacity of the participants.

Agradecimientos

En primer instancia mi agradecimiento a Dios por permitirme concluir una meta más en mi vida, quien me da la fortaleza de hacer todo cada día.

Seguidamente no tengo como terminar de agradecerle a las participantes de la investigación quienes de una forma desinteresada sacaron tiempo para asistir y cumplir con lo establecido, quienes fueron el motor del trabajo.

Agradezco al Comité Cantonal de Santo Domingo de Heredia quienes siempre tuvieron la mejor disposición para el desarrollo de este trabajo.

Además, le agradezco a mi tutor M.Sc. Héctor Fonseca Schmidt por su apoyo incondicional.

Un profundo agradecimiento a Andrés Trejos por su aporte en el área estadística.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi madre quien siempre me motivó a estudiar, quien me brindó su mejor herencia y me guió en todo momento para culminar una meta más de mi vida.

Abi eres mi mayor ejemplo de lucha y esfuerzo de una mujer en la vida

A mi esposo e hijo quienes siempre me apoyaron durante el proceso y me brindaron un aliento más para finalizar.

A todas las administradoras de su hogar quienes se ingenian para llevar a cabo toda una estrategia diaria y así obtener el tiempo libre para la realización de actividad física.

Maya R. Valverde Villalobos

Índice

Portada.....	1
Miembros del Comité Evaluador.....	2
Resumen.....	3
Abstract.....	5
Agradecimientos.....	7
Dedicatoria.....	8
Índice.....	9
Lista de tablas.....	11
Lista de gráficos.....	13
Lista de abreviaturas.....	14
Descriptores.....	15
Captítulo I. Introducción.....	16
Planteamiento del problema.....	16
Justificación.....	18
Objetivo general.....	22
Objetivo específico.....	22
Conceptos claves.....	23
Limitaciones.....	31
Captítulo II. Metodología	

Sujetos.....	32
Instrumentos y materiales.....	32
Procedimiento.....	41
Cronograma.....	43
Capítulo III. Resultados.....	48
Capítulo IV. Conclusiones.....	63
Capítulo V. Recomendaciones.....	66
Referencias bibliográficas.....	67
Anexos.....	75

Lista de tablas

Tabla 1. Resultados del Pre-test del IMC, Prueba Cooper, IPAC, % grasa y Par Q de las administradoras de hogar.....	48
Tabla 2. Resultados Post-evaluación del IMC, Prueba Cooper y % grasa de las administradoras de hogar.....	49
Tabla 3. Porcentaje de la percepción de las mujeres administradoras de hogar con respecto a la problemática de hacer menos y de dejar de hacer en su trabajo o actividades cotidianas por causa física.....	52
Tabla 4. Porcentaje de la percepción de las mujeres administradoras de hogar con respecto a la problemática de hacer menos y de dejar de hacer en su trabajo o actividades cotidianas por causa emocional.....	52
Tabla 5. Porcentaje de la percepción de la regularidad con que los problemas físicos o emocionales les han dificultado las actividades sociales de las mujeres administradoras de hogar.....	53
Tabla 6. Porcentaje de la percepción de las mujeres administradoras de hogar con respecto si se han sentido calmadas, con mucha energía, desanimadas o tristes en las últimas 4 semanas.....	53

Tabla 7. Resultados de la prueba correlación de Spearman sobre la percepción de la salud y la actividad física semanal de un grupo de mujeres administradoras de hogar..... 55

Tabla 8. Resultados de la prueba correlación de Pearson sobre el porcentaje de grasa y la actividad física semanal de un grupo de mujeres administradoras de hogar..... 56

Tabla 9. Clasificación dibujos de participantes de acuerdo a ¿cómo se siente?..... 61

Tabla.10 Clasificación ¿Qué ejercicio me gustaba hacer y deje de hacer?..... 61

Lista de gráficos

Gráfico 1. Relación entre la percepción de salud y la actividad física semanal (mets/minuto/semana) reportada por un grupo de mujeres administradoras de hogar..... 55

Gráfico 2. Relación entre el porcentaje de masa grasa y la actividad física semanal (mets/minuto/semana) reportada por un grupo de mujeres administradoras de hogar..... 57

Gráfico 3. Comparación del consumo máximo de oxígeno según la medición realizada al inicio y final de la intervención con las mujeres administradoras de hogar.....
58

Gráfico 4. Comparación del índice de masa corporal según la medición realizada al inicio y final de la intervención con las mujeres administradoras de hogar..... 59

Gráfico 5. Comparación del porcentaje de masa grasa según la medición realizada al inicio y final de la intervención con las mujeres administradoras de hogar..... 60

Lista de abreviaturas

Organización Mundial de la Salud.....(OMS)
Colegio Americano de Medicina Deportiva.....(ACSM)
Frecuencia Cardíaca.....(FC)
Frecuencia Cardíaca Máxima.....(FC Max)
Consumo de Oxígeno.....(VO₂)
Consumo Máximo de Oxígeno.....(VO₂ Max)
Índice de Masa Corporal.....(IMC)
Síndrome Metabólico.....(SM)
Impedancia Bioelectrónica.....(BIA)
Cuestionario Internacional de Actividad Física.....(IPAC)

Asociación Americana del Corazón.....(AHA)

Descriptores

Estilos de vida saludable, administradoras de hogar, actividad física, salud, trabajo doméstico, obesidad, sedentarismo, ejercicio físico, composición corporal, nutrición, calidad de vida y síndrome de burnout

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y delimitación del problema:

El Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo de Heredia funciona desde que se creó la ley Orgánica de la Dirección General de Educación Física y Deportes, número 3656 del 6 de enero de 1966. Nacieron a la vida jurídica como órganos dependientes de la Dirección General de Educación Física y Deportes, Dirección adscrita al Ministerio de Educación Pública, y cuyo propósito ha sido la administración de instalaciones deportivas y recreativas, según consta en el Archivo central de la Municipalidad de Santo Domingo. Se desarrolló con el lema "por un mañana mejor para nuestra juventud", y es importante destacar en su historia que la fecha de inauguración del Polideportivo es en enero de 1988, mientras que la fecha de inauguración del gimnasio es el 10 de noviembre de 1996 (Fonseca, 2014).

El Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo de Heredia funciona con una Junta Directiva, la cual está constituida por cinco miembros: un presidente, un vicepresidente, un secretario, un tesorero y un vocal, esta se elige cada dos años. Se estima que la población del cantón de Santo Domingo de Heredia beneficiada en el uso de estas instalaciones por mes, es de unas quince mil personas aproximadamente. Los usuarios cotidianamente han demostrado interés en ir mejorando su calidad de vida, es por ello que buscan distintas alternativas para lograr mejorarla: creando grupos deportivos en los distintos distritos. A su vez van creando planes para promover estilos de vida saludable por medio de: baile aeróbico, día del desafío, actividades recreativas y nutrición (Fonseca, 2014).

En la lucha por el control del peso y la buena salud general, se da mucha importancia al tipo y cantidad de alimentos y bebidas que se consumen. Se ha prestado menos atención a la cantidad de energía que gastaríamos si fuéramos físicamente activos. Pero ambos aspectos están estrechamente ligados. A diferencia de nuestros ancestros, ya no necesitamos emplear demasiada cantidad de energía para encontrar alimentos. Debido a los avances tecnológicos, al transporte motorizado, la automatización y la

maquinaria que ahorra trabajo, la mayoría de la gente tiene menos oportunidades de gastar energía. Se ha demostrado que aproximadamente el 70% de la población en los países occidentales no es lo suficientemente activa como para poder gozar de una buena salud y mantener el peso (Rodríguez y González, 2010).

La salud en mujeres constituye un propósito fundamental, pues en la medida que esta sea mejor, mayor será el disfrute y aprovechamiento pleno de los beneficios de la vida; estará en mejores condiciones de enfrentar los problemas que surjan cotidianamente y mayor podrá ser el aporte que brinda al desarrollo económico y social. La actividad física regular, combinada con los buenos hábitos alimenticios, puede mejorar la salud de las mujeres y contribuir a prevenir muchas de las enfermedades que constituyen las principales causas de muerte y discapacidad que las afectan en todo el mundo (Benavides y Carralero, 2010).

Varios factores ambientales y sociales que actúan a favor o en contra de un estilo de vida activo. La familia y amigos pueden ser un ejemplo para seguir y convertirse en un elemento alentador mientras que las barreras ambientales pueden producir el efecto contrario. La falta de parques, aceras, iluminación, ciclo vías, barrios inseguros se convierten en pretextos para no llevar una vida activa. Las costumbres como ver televisión, estar sentado frente a la computadora o la afición a los videojuegos son elementos que juegan a favor del sedentarismo (Morel, 2010).

La O.M.S., recomienda a partir de los 18 años, un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada puede reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (O.M.S.,2011).

Benavides y Carralero (2010), mencionan que con el envejecimiento sobrevienen una serie de modificaciones en el funcionamiento de los órganos y sistemas de nuestro organismo. En las personas mayores, suele existir una disminución importante de la fuerza y la masa muscular, como consecuencia de permanecer en inactividad por períodos prolongados. La realización de programas de ejercicios, en forma constante y por periodos prolongados, produce innumerables beneficios en todas las edades.

A continuación enumeramos algunos beneficios para la salud al realizar actividad física, según Benavides y Carralero (2010):

- Menor incidencia de caídas y fracturas óseas, por aumento de la fuerza muscular y coordinación de los movimientos, producto del entrenamiento.
- Retraso en la aparición de osteoporosis, sobre todo en mujeres posmenopáusicas.
- Mejora la depresión, sobre todo en mujeres, con los programas de ejercicios físicos.
- La actividad física cotidiana, constituye uno de los pilares de los programas de prevención de la aterosclerosis.
- En personas hipertensas, produce una disminución de las cifras de tensión arterial, con una gran mejoría de su cuadro clínico.
- Aumenta el gasto calórico del organismo, contribuyendo a la pérdida de peso y al mantenimiento de la misma.
- Mejora el sueño e induce una sensación de bienestar general.
- Incrementa la capacidad para desarrollar tareas cotidianas y laborales.

Las ideas hasta acá expuestas nos permite plantear la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los efectos de un programa de promoción de estilos de vida saludable en la aptitud física y salud en un grupo de administradoras de su hogar que realizan actividad física en el Comité Cantonal de Deportes y Recreación de Santo Domingo de Heredia durante el primer semestre del año 2014?

Justificación:

La mayoría de las mujeres del mundo se dedican a las labores del hogar, un trabajo tan arduo como exigente, sin embargo no goza de reconocimiento social. Requiere tanta dedicación más que otros oficios. No tienen horarios fijos, ni festivos, ni vacaciones. No está remunerado, ni se le considera un trabajo productivo, pese a que permite que los demás miembros de la familia rindan en los estudios o empleos fuera del hogar. Estas y otras

circunstancias convierten al trabajo de ama de casa en una labor de servicio donde no siempre tienen cabida los espacios de cuidado personal, incluida la salud y, por supuesto, la dieta (Palau, 2013).

Goicochea (2011), menciona que en el hogar, las mujeres no poseen noción del “tiempo libre” y, en consecuencia, la distinción entre el trabajo y el ocio se difumina. El ocio doméstico, basado en la familia, se convierte en la norma para las mujeres casadas, especialmente para las que tienen niños pequeños. Ver la televisión, la actividad de ocio más popular entre las mujeres casadas y con los niños planchar o coser, pueden hacerse al mismo tiempo que se vigila a los pequeños. Las responsabilidades de las mujeres (la casa y los hijos) limitan sus posibilidades de ocio fuera del hogar y, por lo tanto, no es sorprendente que el ejercicio sea una actividad minoritaria. Al casarse, las mujeres dejan normalmente de participar en actividades físicas, si anteriormente estuvieron interesadas en ellas, incluso cuando se dispone de tiempo libre.

Alonso, Serrano y Tomás (2003), mencionan que las amas de casa son las llevan más del setenta por ciento de las tareas diarias del hogar, esto les dificulta destinar tiempo específico para la ejecución de actividades física, ellas han manifestado que la principal excusa para este propósito es la falta de disponibilidad del tiempo.

De acuerdo con Alonso, Serrano y Tomás (2003) el trabajo doméstico se trata de un conjunto de actividades destinadas a producir bienes y servicios, con el fin de lograr la subsistencia y el desarrollo de los que integran. El trabajo doméstico presenta una serie de características que describen el alcance del mismo y marcan la notable diferencia con el trabajo externo remunerado:

- Comprende una pluralidad de tareas de difícil enumeración, por su variedad y multiplicidad de formas de ejecución.
- Se lleva a cabo en el espacio privado.
- Ausencia de horario, se realiza con disponibilidad, las veinticuatro horas al día.
- No existe el descanso semanal, ni tampoco vacaciones.
- Tampoco hay límite temporal, ya que se realiza de por vida.

- Inexistencia de remuneración.
- Carece de reconocimiento jurídico laboral, que permita legalmente su constancia, así como el acceso a prestaciones como maternidad, incapacidad o jubilación, entre otras (Alonso, Serrano y Tomás ,2003).

Una gran parte de los estudios realizados en Estados Unidos y en el mundo occidental muestran que en conjunto las mujeres que trabajan fuera de casa poseen mejor salud mental que las que se dedican a las labores domésticas. De igual modo, muchos estudios sobre la salud física de las mujeres parecen poner de manifiesto que la actividad laboral remunerada tiene efectos positivos sobre ella (Escalera,2000).

Debido a la baja valoración del trabajo en el hogar, la rutina, la dependencia económica y las bajas posibilidades de tomar decisiones son algunas de las causas que las mujeres que trabajan en el hogar lleguen a tener síntomas de Burnout (Ortega, 2011).

Varios estudios epidemiológicos tales como Piéron y García (2007), indican claramente las relaciones que existen entre la actividad física y la salud. La actividad física regular juega un papel preventivo excepcional en una serie de enfermedades.

Los seres humanos, desde pequeños, van adquiriendo hábitos y conductas que poco a poco integran lo que será su estilo de vida. El estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por tanto, alude a forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares (Santalla y Pérez, 2010).

La preocupación actual por la salud, como algo más que la ausencia de enfermedades, se halla en estos momentos en el centro de los debates acerca de prevención en materia de salud pública, los estilos de vida se relacionan a

su vez con los principales factores de riesgo de la mayoría de los problemas de salud pública actual (Márquez y Garatachea, 2009).

El concepto de un estilo de vida saludable ha crecido en importancia durante la última década. Cada vez son más los gobiernos, entidades, que se preocupan de los problemas de salud en relación con la inactividad física y al contrario, de los beneficios de una práctica regular de actividad física. Estudios epidemiológicos han puesto en evidencia una relación inversa entre el nivel de actividad física habitual y el riesgo de actividad cardiovascular (Ruiz, García, y Piéron, 2009).

Según Utria y Ramírez, (2012) las administradoras del hogar utilizan su energía física y mental para desarrollar la empresa más importante de la sociedad: la familia, es por eso que dedicar un espacio especial que les ayude a mantenerse fuertes, relajadas y hermosas, es de vital importancia. La actividad física regular, combinada con los buenos hábitos alimenticios, puede mejorar la salud de las mujeres y contribuir a prevenir muchas de las enfermedades que constituyen las principales causas de muerte y discapacidad que las afectan en todo el mundo.

La práctica de la actividad física, tanto de juego como formativa o agonística, tiene una gran importancia higiénico-preventiva para el desarrollo armónico de la mujer, en este caso, las amas de casa. La práctica de cualquier deporte conserva siempre un carácter lúdico y pudiera ser una buena medida preventiva y terapéutica, porque abarca aspectos sociales, lúdicos e incluso bioquímicos, que favorecen el desarrollo de las potencialidades del individuo. La actividad física se reduce con la edad y constituye un indicador de salud. La reducción del repertorio motriz, junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan descoordinación y torpeza motriz. La inmovilidad e inactividad es el mayor agravante del envejecimiento y la incapacidad (Candia y Rosales, 2012).

Muchos estudios epidemiológicos e investigaciones experimentales controladas, según Morel (2010), han demostrado una relación inversa entre actividad física regular y riesgo de enfermedad coronaria, eventos cardíacos, diabetes mellitus insulino dependiente, osteoporosis, cáncer de colón, ansiedad,

depresión y muerte. Ser activo presenta beneficios físicos y psicosociales. Dentro de los beneficios físicos se nota que: mejora el perfil lipídico, la resistencia a la insulina, el control la glicemia y la composición corporal, ayuda en el control del peso, mejora la movilidad articular, reduce o previene la hipertensión arterial, la osteoporosis y la obesidad, mejora la condición física y la fuerza muscular, aumenta la densidad ósea, aumenta la longevidad a su vez los beneficios sicosociales son: aumenta la auto-estima, mejora la auto-imagen y el bienestar, alivia el estrés, disminuye la depresión y el aislamiento social y se mantiene la autonomía.

De acuerdo con Maurelo, Junco y Hernández (2011), la mujer como ser humano necesita del cuidado de su salud, ya que su cuerpo es mucho más débil y sensible a enfermedades que el hombre. A esto hay que agregarle un elemento fundamental como lo es la calidad de vida, o sea mientras mejor vive la persona menos sufre su cuerpo los cambios biológicos, psicológicos, y sociales. Los cambios que se producen son esencialmente neuroendocrinos, y potencian la sensibilidad biológica al impacto del entorno que rodea a la mujer en esta etapa de la vida. Por ello es necesario incrementar actividades dirigidas a incentivar la práctica de actividades físicas para las amas de casa y con ello adquirir estilos de vida saludable.

Objetivo general:

Promover estilos de vida saludable en un grupo de mujeres administradoras de su hogar que realizan actividad física en el Comité Cantonal de Deportes y recreación de Santo Domingo de Heredia durante el primer semestre del año 2014.

Objetivos específicos:

-Aumentar el nivel de actividad física en la vida cotidiana de un grupo de mujeres administradoras de su hogar del Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo durante el primer semestre del año 2014.

-Brindar información sobre la alimentación saludable a un grupo de mujeres administradoras de su hogar del Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo durante el primer semestre del año 2014.

-Realizar actividades de motivación por medio del ejercicio en mujeres administradoras de su hogar del Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo durante el primer semestre del año 2014.

-Promover el trabajo en equipo en un grupo de mujeres administradoras de su hogar del Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo durante el primer semestre del año 2014.

-Brindar información sobre la importancia de la adherencia a la actividad física a un grupo de mujeres administradoras de su hogar del Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo durante el primer semestre del año 2014.

Conceptos claves:

Actividad física:

Se define actividad física como todo movimiento corporal que provoca un gasto energético superior al de reposo (ocio, trabajo, entrenamiento) (Díaz, 2009).

A su vez la actividad física se considera la participación en distintos tipos de ocio, entre los que se encuentran las actividades deportivas, teniendo en cuenta su frecuencia de realización, tiempo razones que motivan a comprometerse y su importancia. Atributos personales incluyen características sociodemográficas y psicológicas como la edad, el sexo, estatus socioeconómico, la personalidad y la motivación. Está claro que todos estos factores interactúan recíprocamente de una manera más o menos estrecha en este tipo de práctica. (Ruiz, García, Piéron, 2009).

De acuerdo con (OMS, 2010) , (Delgado, Martínez y Aguinaga, 2001), la actividad física se entiende como cualquier movimiento corporal producido por la musculatura esquelética, cualquier tipo de ejercicio corporal con un mayor gasto energético que en reposo, por lo que quedan implícitas en este concepto actividades tales como ejercicios físicos, deportes, actividades recreativas y culturales.

Se considera que es aquel movimiento del cuerpo producido por los músculos del esqueleto que necesitan un gasto de energía y que además dan beneficios progresivos en la salud. Algunos ejemplos son caminar de la casa al trabajo, ir de compras, subir escaleras, hacer trabajos de jardinería, labores del hogar, bailar, entre otras (Hoeger y Hoeger 2006).

Por último, Márquez y Garatachea (2009), la define como la energía utilizada para el movimiento, se trata por tanto de un gasto de energía adicional al que necesita el organismo para mantener las funciones vitales como la respiración, digestión, circulación de la sangre, etc. La contribución fundamental a la actividad física diaria se debe a actividades cotidianas como andar, transportar objetos, subir escaleras o realizar tareas domésticas.

Trabajo doméstico

El trabajo del ama/o de casa puede definirse como el conjunto de labores exclusivamente domésticas que realizan los miembros del núcleo familiar en su propia casa con el fin de satisfacer las necesidades de subsistencia básica del mismo y las suyas propias (Alonso, Serrano y Tomás, 2003).

Por trabajo doméstico se entiende la producción de bienes y servicios dentro del hogar, como resultado de la combinación del trabajo no remunerado y de la adquisición en el mercado de bienes duraderos y no duraderos (O.C.D.E., 1995).

El trabajo doméstico o reproductivo comprende el conjunto de actividades de infraestructura del hogar, atención de cargas reproductoras y organización del funcionamiento del hogar. El ejercicio de tales tareas requiere gran esfuerzo físico y psíquico, pero no es reconocido como un trabajo propiamente dicho. De hecho, en un principio la normativa laboral no consideraba trabajo el realizado dentro del hogar, aún siendo por cuenta ajena y remunerado (Fernández, 2008).

Estilo de vida saludable:

Conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud, por patrones conductuales entendemos formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones. Estos hábitos se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de modificar (Gómez, Jurado, Viana, Da Silva y Hernández, 2005).

Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales (OMS; 1986).

El estilo de vida saludable se entiende cada vez más como un patrón de comportamientos relacionado con la salud que se llevan a cabo de un modo relativamente estable (Elliot, 1993).

Originalmente el concepto de estilos de vida saludable surge a finales del siglo XIX. Después, en el siglo XX el estudio de los estilos de vida saludable se realiza desde una perspectiva sociológica. La aplicación del termino estilo de vida a la Psicología de la personalidad fue introducido por Wilken (1927) y por Adler (1973), resaltando en si que el interés por estilos de vida saludable se da en los años 50 desde el ámbito de la salud pública, sin embargo será hasta los años 80 donde se estudia la relación de estilos de vida y salud (Márquez y Garatachea, 2009).

Obesidad:

Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (I.M.C.), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (O.M.S., 2014).

Entendida como la presencia de un exceso de grasa corporal (Ruiz, García y Piéron, 2009).

A su vez A.C.S.M. (2002) menciona la obesidad como el porcentaje de grasa corporal con el que aumenta el riesgo de padecer alguna enfermedad.

La obesidad se entiende como la condición en la que una persona tiene una cantidad excesiva de grasa corporal (Wilmore y Costill, 2005).

Sedentarismo:

El sedentarismo es una forma de vida caracterizada por la ausencia de actividad física o la tendencia a la falta de movimiento, desde el punto de vista antropológico, el término “sedentarismo” (del Latin “sedere”, o la acción de tomar asiento) (Revista Chilena de Cardiología, 2009).

El estilo de vida sedentario es uno de los principales factores de riesgo para enfermedades de alta prevalencia, como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis y algunos cánceres. La asociación del sedentarismo con la actual pandemia de obesidad y con el síndrome metabólico (SM) es clara. En consecuencia, el sedentarismo es un factor asociado con una peor calidad de vida y un incremento de la mortalidad general (Cabrera, 2007).

Por ultimo el sedentarismo es la falta de actividad física regular, definida como: “menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana”. La conducta sedentaria es propia de la manera de vivir, consumir y trabajar en las sociedades avanzadas. Sin embargo, la inactividad física no es simplemente el resultado del modo de vida elegido por una persona: la falta de acceso a espacios abiertos seguros, a instalaciones deportivas y a terrenos de juegos escolares; así como los escasos conocimientos sobre los beneficios de la actividad física y la insuficiencia de presupuestos para promover la actividad física y educar al ciudadano puede hacer difícil, si no imposible, empezar a moverse. Se considera que una persona es sedentaria cuando su gasto semanal en actividad física no supera las 2000 calorías. También lo es aquella que sólo efectúa una actividad semanal de forma no repetitiva por lo cual las

estructuras y funciones de nuestro organismo no se ejercitan y estimulan al menos cada dos días, como requieren (Madrid Salud, 2011).

Salud:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (O.M.S., 2014).

Es entendida en sentido amplio como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho mas allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo, desde un punto de vista subjetivo, esta relacionada con un sentimiento de bienestar, por lo cual los aspectos objetivos de la misma tiene relación con la capacidad de funcionamiento de la persona (Oblitas, 2006).

Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad (Ruiz, García y Piéron, 2009).

Proceso cualitativo que define el funcionamiento integral del organismo, integrándose de forma sistemática lo somático y lo psíquico, formando una unidad donde la afectación de uno actúa necesariamente sobre el otro, la salud no es ausencia de síntomas sino un funcionamiento integral que aumenta y optimiza los recursos del organismo para disminuir su vulnerabilidad a los diferentes agentes y procesos causantes de enfermedad (Valverde, 2011).

Según Silva (2002) la salud es un óptimo estado de bienestar general del individuo, en sus dimensiones física, mental, emocional, social y espiritual y que no necesariamente implica la ausencia de enfermedad o incapacidad.

A su vez Marks, Murray, Evans, Willing, Woodall y Sykes (2008) agregan nuevos elementos que consideran importantes y que la definición de la OMS no incluye. La salud es definida como un estado de bienestar con atributos físicos, culturales, psicosociales, económicos y espirituales, no solamente la ausencia de enfermedad.

La salud se define como el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio (Dubos, 1975).

Ejercicio Físico:

Se considera ejercicio físico lo que se lleva a cabo bajo una estructura de entrenamiento planificado con un fin en concreto (Esparza, 2010).

Es la actividad física planeada, estructurada y repetida cuyo objetivo es adquirir mantener o mejorar uno o más de los componentes de la forma física o condición física (Ruiz, García y Piéron 2009).

De acuerdo con la O.M.S. (2014) el ejercicio físico es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo.

Composición corporal:

Hace referencia a los componentes del cuerpo humano, en la ciencia del ejercicio existen dos componentes principales del cuerpo que tienen interés, la masa magra (músculos, huesos, órganos, agua, etc) y la masa grasa. La composición corporal afecta directamente a su capacidad de movimiento (George, 2001).

La composición corporal recoge el estudio del cuerpo humano mediante medidas y evaluaciones de su tamaño, forma, proporcionalidad, composición, maduración biológica y funciones corporales. Su finalidad es entender los procesos implicados en el crecimiento, la nutrición y el rendimiento deportivo (ganancia de masa muscular, ajuste de pérdida de grasa), o de la efectividad de la dieta en la pérdida proporcionada y saludable de grasa corporal y en la regulación de los líquidos corporales. En definitiva, se trata de obtener una valoración objetiva, con fundamento científico, de la morfología de las personas y las manifestaciones y necesidades que devienen de ella. Por otro lado, la composición corporal acompaña cada vez más a menudo la información y divulgación relativa a la nutrición y práctica deportiva y los tratamientos de control de peso y de adelgazamiento (Zudaire, 2012).

Este factor tiene una relación directa con el fitness, la actividad física y el deporte, a partir de esta se determinan los elementos que conforman el cuerpo humano (masa muscular, ósea, grasa y visceral) en la cuantificación de la masa grasa se determina la cantidad de tejido adiposo subcutáneo que alberga cada persona, este término hace referencia a la composición química del cuerpo, donde se encuentran varios modelos propuestos, como el químico (divide al cuerpo en: minerales, agua, proteínas, carbohidratos y grasa), el anatómico (divide al cuerpo en: hueso, musculo, órganos y tejido adiposo) modelo de dos componentes (masa grasa y masa magra. En el contexto de la salud, es importante el control de la composición corporal ya que a partir de este se determinan patologías, que son asociadas con la edad, las actividades, el género, el medio y la genética de modo que permite establecer orientaciones en el entrenamiento, la recuperación y nutrición (Avella, 2012).

Nutrición:

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad (OMS, 2014).

La nutrición es una ciencia que se encarga de estudiar los nutrientes (sustancias nutricias/alimenticias o nutrimentos) que constituyen los alimentos, la función de estos nutrientes, las reacciones del organismo a la ingestión de los alimentos y nutrientes, y como interaccionan dichos nutrientes respecto a la salud y a la enfermedad (la relación entre la nutrición, la salud y la enfermedad). Además, la ciencia de la nutrición se dedica a investigar las necesidades nutricionales del ser humano, sus hábitos y consumo de alimentos, y la composición y valor nutricional de esos alimentos. La nutrición como un conjunto de procesos se dirige hacia el estudio de la ingestión, digestión, absorción, metabolismo y excreción de las sustancias alimenticias (nutrientes/nutrimentos) por medio de los cuales se produce energía para que

ese organismo vivo puede sostenerse, crecer, desarrollarse y en la mayoría de los casos reproducirse (Lopa,2000).

Según la Real Academia Española la nutrición es: acción y efecto de nutrir. Y con nutrir, nos dice: aumentar la sustancia del cuerpo animal o vegetal por medio del alimento, reparando las partes que se van perdiendo en virtud de las acciones catabólicas. El concepto de nutrición, mas amplio sería, “la nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan y utilizan los alimentos y los líquidos para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de las funciones normales. La nutrición también es el estudio de la relación entre los alimentos y los líquidos con la salud y la enfermedad, especialmente en la determinación de una dieta óptima”. Aunque alimentación y nutrición se utilizan frecuentemente como sinónimos, son términos diferentes Desde este espacio tratamos de llevar la definición de nutrición a un concepto práctico, publicando consejos y contenidos que nos ayuden a todos a nutrirnos de forma adecuada (Garriga, 2013).

Calidad de vida:

En un inicio este término se refería al cuidado de la salud personal, después se agregó la preocupación por la salud e higiene pública, luego abarcaba los derecho humanos, laborales y cuidados, después se sumó la capacidad de acceso a los bienes económicos y por último se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud (Oblitas,2006).

La calidad de vida es entendida como el grado de satisfacción o insatisfacción que sienten las personas con varios aspectos de la vida, ya que incluye un amplio rango de conceptos personales y sociales, interrelación de las necesidades con sus satisfactores y con los bienes económicos (Gallegos, Duran, López y López 2003).

Por su parte, Schwartzmann (2003), define calidad de vida como una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida

familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

A su vez Giusti (1991) la define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas sin chocar drásticamente con lo establecido por la sociedad y la cultura. Explica también que este estado de bienestar requiere que el individuo actúe afirmativamente entre los retos y las demandas de su entorno, necesitando visión, esperanza y confianza en el presente y futuro.

Síndrome de Burnout:

Según Graue, Álvarez y Sánchez (2007) se define el síndrome de burnout como el agotamiento o estar exhausto, burnout aparece en la literatura mundial a mediados de los 70's para describir en forma coloquial la actitud de ciertos trabajadores de la salud hacia su labor cotidiana. El constructo psicológico del síndrome de burnout se caracteriza por agotamiento, despersonalización y desmotivación e insatisfacción en el trabajo, que conllevan a un pobre desempeño laboral. El síndrome descrito como burnout se refiere exclusivamente a la actitud en el desempeño laboral y debe diferenciarse claramente de la depresión clínica que afecta otras esferas de la vida.

El síndrome de burnout, también conocido como síndrome de desgaste ocupacional o profesional, es un padecimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que una persona sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo (Forbes, 2011).

Limitaciones del estudio:

La principal limitación para la realización de este estudio consistió en la falta de asistencia de algunos sujetos. Las señoras manifestaban como principales justificaciones la falta de tiempo pues se lo impedían tener que cumplir sus roles cotidianos en sus hogares.

Capítulo II

Metodología

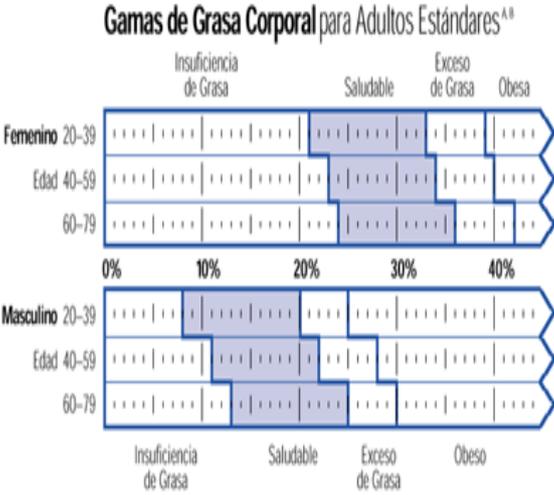
Sujetos:

Los sujetos que participaron de esta investigación fueron 16 mujeres administradoras de su hogar, cuyas edades oscilan entre 25 a 58 años con participación voluntaria, físicamente activas, clase social media, vecinas de Santo Domingo de Heredia, seleccionadas a conveniencia, pertenecientes al Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo de Heredia. Participantes de clases de Zumba y localizado, las cuales se realizan todos los días de 7:30 am a 8:30 am y de 6:00 pm a 7:00 pm, impartidas por profesionales de la salud de la Universidad Nacional. Las cuales asisten al grupo en busca de mejorar su salud, se motivan entre ellas para asistir a las clases.

Instrumentos y materiales:

Instrumento	Descripción	Procedimiento
Tallimetro	Cinta métrica con precisión de 1mm de 150 cm, material plástico. Están marcados por las dos caras; el inicio de la numeración en una cara coincide	Se colocó al sujeto de pie completamente estirado con los talones juntos y apoyándolos en el tope posterior los cuales deberán estar tocando la pared. Se debe acomodar la cabeza del sujeto a un ángulo de 90 grados en respecto de su cabeza con su cuello, mirada al frente, se les indica que inspire profundamente sin levantar

Instrumento	Descripción	Procedimiento
	con el final de la numeración en la otra cara.	las plantas de los pies y manteniendo la posición de la cabeza.
Lapicero	Lapicero marca Pointer, de tinta de color azul	Se utilizó para cada sujeto un lapicero para contestar los cuestionarios
Hojas de dato	Hojas de datos personales, los cuales fueron elaborados por la encuestadora y cuestionarios asignados a conveniencia	A cada sujeto se le entrego un conjunto de hojas de datos personales y cuestionarios los cuales se fueron llenando de acuerdo al cronograma
Cronómetro	Cronómetro marca polar	El cronómetro se utilizó en las pruebas Cooper para determinar los 12 minutos, además se empleó en juegos recreativos y actividades físicas que fueron establecidas por tiempo determinado.
Tanita Impedancia bioelectrónica (BIA)	Brinda datos de peso, porcentaje de grasa y porcentaje de agua. Los porcentajes fueron tomados con la balanza marca Tanita modelo BF-679W.	El protocolo de la prueba consiste en colocarse descalzo y aplicar alcohol en las plantas de los pies para ayudar en la conducción eléctrica y por higiene personal, luego subirse en la Tanita colocando las plantas de los pies en las franjas indicadas, en posición recta con los brazos caídos y la vista hacia el frente hasta que el evaluador lo indique. Para obtener los resultados más exactos posibles con el analizador de composición corporal es necesario

Instrumento	Descripción	Procedimiento																																						
	<p>La técnica se basa en el hecho de que los tejidos magros tienen un alto contenido en agua y electrolitos y por lo tanto funcionan muy bien como conductores eléctricos, en cambio la materia grasa tiene un bajo contenido de agua corporal y por lo tanto no funciona como conductor de las señales eléctricas. Así es posible medir la resistencia al flujo de la corriente eléctrica induciendo una señal eléctrica de baja energía y de alta frecuencia (50 KHz, 500 microamperios).</p>	<p>cumplir las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No haber ingerido alcohol 48 horas antes de la prueba • No haber realizado ejercicio intenso 12 horas antes de la prueba • No haber comido ni bebido 4 horas antes de la prueba • Haber orinado 30 minutos antes de la prueba • No haber ingerido diuréticos 7 días antes de la prueba <p>(Aristizabal, 2007).</p> <p>Clasificación del porcentaje de grasa corporal:</p>  <p>Gamas de Grasa Corporal para Adultos Estándares^{AA}</p> <p>El gráfico muestra los rangos de porcentaje de grasa corporal para adultos estándares, clasificados en cuatro categorías: Insuficiencia de Grasa, Saludable, Exceso de Grasa y Obeso. Los datos se detallan en la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Sexo</th> <th>Edad</th> <th>Insuficiencia de Grasa (%)</th> <th>Saludable (%)</th> <th>Exceso de Grasa (%)</th> <th>Obeso (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Femenino</td> <td>20-39</td> <td>0-10</td> <td>10-20</td> <td>20-30</td> <td>30-40</td> </tr> <tr> <td>40-59</td> <td>0-10</td> <td>10-20</td> <td>20-30</td> <td>30-40</td> </tr> <tr> <td>60-79</td> <td>0-10</td> <td>10-20</td> <td>20-30</td> <td>30-40</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Masculino</td> <td>20-39</td> <td>0-10</td> <td>10-20</td> <td>20-30</td> <td>30-40</td> </tr> <tr> <td>40-59</td> <td>0-10</td> <td>10-20</td> <td>20-30</td> <td>30-40</td> </tr> <tr> <td>60-79</td> <td>0-10</td> <td>10-20</td> <td>20-30</td> <td>30-40</td> </tr> </tbody> </table>	Sexo	Edad	Insuficiencia de Grasa (%)	Saludable (%)	Exceso de Grasa (%)	Obeso (%)	Femenino	20-39	0-10	10-20	20-30	30-40	40-59	0-10	10-20	20-30	30-40	60-79	0-10	10-20	20-30	30-40	Masculino	20-39	0-10	10-20	20-30	30-40	40-59	0-10	10-20	20-30	30-40	60-79	0-10	10-20	20-30	30-40
Sexo	Edad	Insuficiencia de Grasa (%)	Saludable (%)	Exceso de Grasa (%)	Obeso (%)																																			
Femenino	20-39	0-10	10-20	20-30	30-40																																			
	40-59	0-10	10-20	20-30	30-40																																			
	60-79	0-10	10-20	20-30	30-40																																			
Masculino	20-39	0-10	10-20	20-30	30-40																																			
	40-59	0-10	10-20	20-30	30-40																																			
	60-79	0-10	10-20	20-30	30-40																																			
IMC	Se usa para	Se calcula dividiendo el peso corporal																																						

Instrumento	Descripción	Procedimiento
Índice de masa corporal o Índice de Quetelet	evaluar el peso relativo a la altura. Múltiples estudios arrojan una concordancia 0,93 a 0,9 entre los resultados obtenidos mediante el IMC y otras mediciones antropométricas (Fonseca, 2010).	en kilogramos por la altura en metros cuadrados, un buen indicador de la composición corporal total para los estudios que se basan en la población y que se orientan a la obtención de pronósticos sanitarios, una limitación importante del IMC es la dificultad para explicárselo a los clientes (ACSS, 2002). Clasificación del IMC

Cuestionarios

SF-12

Es un cuestionario de salud utilizado en investigaciones médicas, de salud mental y, en general relacionada con la salud. Ofrece una perspectiva general del estado de salud de la persona con la ventaja de que es fácil y rápido de rellenar, a la vez que también es sencillo de evaluar, determina el estado de salud positivo y negativo de la salud física y mental.

Es una versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 diseñada para usos en los que éste sea demasiado largo. El SF-12 se contesta en una media de 2 min. Consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36 Función Física (2), Función Social (1), Rol físico (2), Rol Emocional (2), Salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor corporal (1), Salud General (1). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Rango: 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el

mejor estado de salud), Utilidad: Clínica e investigación (Sociedad Española de Reumatología, 2011).

Se reporta una confiabilidad de $> 0,85$, coeficiente de relevancia $>0,75$ para todas las dimensiones, excepto para el funcionamiento social y por validez de constructo en términos de la distinción entre grupos con diferentes expectativas de vida (Fonseca, 2010).

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de 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). Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular. Además el cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones sumario, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión (Vilaguta y cols 2005).

IPAC

El cuestionario internacional de Actividad Física IPAC, fue diseñado para obtener estimaciones de la actividad física para mejorar la salud, midiendo la actividad física en los últimos siete días o durante una semana típica, se

realizaron preguntas sobre actividades físicas o moderadas y fuertes, indagando la frecuencia semanal (Fonseca, 2010).

Para uso con jóvenes y adultos de mediana edad (15-69 años), Los Cuestionarios Internacionales de Actividad Física (IPAC, por sus siglas en inglés) contienen un grupo de 4 cuestionarios. La versión larga (5 objetivos de actividad evaluados independientemente) y una versión corta (4 preguntas generales) están disponibles para usar por los métodos por teléfono o auto administrada.

El propósito de los cuestionarios es proveer instrumentos comunes que pueden ser usados para obtener datos internacionalmente comparables relacionados con actividad física relacionada con salud. Antecedentes: El desarrollo de una medida internacional para actividad física comenzó en Ginebra en 1998 y fue seguida de un extensivo exámen de confiabilidad y validez hecho en 12 países (14 sitios) en el año 2000. Los resultados finales sugieren que estas medidas tienen aceptables propiedades de medición para usarse en diferentes lugares y en diferentes idiomas, y que son apropiadas para estudios nacionales poblacionales de prevalencia de participación en actividad física.

Se recomienda el uso de los instrumentos IPAC con propósitos de monitoreo e investigación, se recomienda que no se hagan cambios en el orden o redacción de las preguntas ya que esto afectará las propiedades sicométricas de los instrumentos (Cuestionario internacional de actividad física, octubre 2010).

La validación del IPAC en su versión en español refiere un estudio realizado en doce países, confirmando la versión en idioma original con un coeficiente de repetitividad de 0,81 para versión larga y 0,76 para versión corta, validez concurrente de 0,67, que permiten recomendarlo en la evaluación de actividad física de los últimos siete días (Fonseca, 2010).

Los criterios para esta interpretación y clasificación del IPAC como guía para su aplicación en Costa Rica, fueron definidos por algunos miembros del equipo investigador encargado del componente de actividad física, de la encuesta multinacional de diabetes mellitus, hipertensión arterial y factores de riesgo asociados, del área metropolitana, con base en la declaración conjunta del Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM) y la Asociación Americana del Corazón (AHA) en el año 2004 y revisado para el 2007 (Gomez,2013).

Pasos para la aplicación del IPAC:

Las personas son clasificadas según su nivel de actividad física en cuatro categorías: sedentario, insuficiente activo, activo y muy activo. Esta clasificación se hace considerando el total de minutos por semana de actividad física moderada, y se procede de la siguiente manera:

Actividad	
Liviana	Se gasta menos de 3 Kcal/min
Moderada	Se gasta entre de 3,5 y 7 Kcal/min
Fuerte	Se gasta más de 7 Kcal/min

Considerando el total de tiempo en minutos por semana, se desarrolló la siguiente clasificación de actividad física:

Sedentario: < 10 minutos continuos/ semana

Insuficientemente activo: 10-149 minutos/semana

Activo: 150-180 minutos/semana

Muy Activo (ideal): > 180 minutos/semana (el cual sale de la recomendación de 60 a 90 min de 3 a 5 días/semana) (Gómez, 2013).

Par-Q

Par- Q, es un cuestionario originado en Canadá, para determinar si el sujeto está listo para la actividad física y si está planeando hacerse mucho más activo de lo que es a la fecha de rellenar el cuestionario. En el instrumento se indica que conteste las siete preguntas que aparecen abajo. Si su edad está entre 15 y 69 años, el cuestionario PAR-Q le dirá si debe consultar a su médico antes de empezar. Si ya tiene más de 69 años y no acostumbra ser muy activo, consulte a su médico primero. Este cuestionario pretende cubrir aspectos legales relacionados a la salud física y concientizar al cliente sobre la importancia de comunicar problemas de salud y realizar las consultas pertinentes con médicos especialistas (Canadian Society for Exercise Physiology, 2002).

Lo que respecta a la validez es de 0,30 mientras que de una reproducibilidad de 0,8.

Prueba de Cooper

Según Granell (2002) el Test de Cooper es una prueba de campo de valoración de la condición física, descrita por Kenneth Cooper, consisten en recorrer la mayor distancia posible en 12 minutos. La realización de esta prueba presenta una serie de ventajas que favorecen su uso en este ámbito: un protocolo sencillo, la posibilidad ser realizada por varios sujetos simultáneamente, la facilidad para el control de los mismos, y el no necesitar apenas material. Todo ello hace que sea un test muy utilizado en la valoración de la capacidad aeróbica.

Materiales: Pista de Atletismo o circuito marcado cada 50 mts y cronometro.

Consideraciones a tener en cuenta en la prueba Cooper. El autor Granell (2002), plantea las siguientes consideraciones a tener en cuenta al evaluar una población con la prueba de Cooper:

Antes de realizar la prueba

- Elegir un terreno plano (de preferencia una pista de atletismo) en donde pueda calcular con exactitud la distancia recorrida.
- El día anterior a la prueba no debe realizar ejercicios de fuerza o resistencia.
- El descanso es importante para un buen resultado.
- Llevar un formulario de prueba en donde se pueda anotar todas las mediciones.

Durante la prueba

- Efectuar el recorrido a la máxima intensidad que sienta puede soportar durante los 12 minutos que dura la prueba.
- Se puede salir rápido, alcanzar una velocidad media y reservar algo para el cierre.
- Si nunca se ha enfrentado a este tipo de pruebas lo mejor es comenzar progresivamente “de menos a más“, según sienta que puede mantener el ritmo de su paso Tener presente el avance del cronómetro y a partir del minuto 11 correr lo más rápido posible; considerando que sólo falta un minuto para terminar la prueba.
- Al terminar el recorrido en 12 minutos señalar el punto máximo de avance en el minuto 12

Al término de la prueba

- Deje transcurrir 5 minutos en los que deberá caminar (no se detenga) hasta recuperar la respiración normalmente.
- Cinco minutos después de haber terminado de correr, tomarse nuevamente la frecuencia cardiaca en un minuto completo. Esto se repite nuevamente a los 10 minutos.

Condiciones para las evaluaciones de la prueba Cooper

Para que tengan validez la prueba, las evaluaciones deben tener una homogeneidad siempre. El cambio de pista, la hora del día, las horas de sueño, que vayan con la misma ropa a ambas pruebas

(incluyendo las zapatillas) y la alimentación ingerida también afecta, por lo que se debe recomendar: La prueba de Cooper deberá realizarse a la misma hora y en el mismo lugar en todas las ocasiones, para que no haya variaciones importantes. Hay que recordar que se trata de una medición científica y que mientras menos variables se tengan la medición arrojará datos más precisos (Subero, 2006).

C
clasificación

Mujeres	Rendimiento				
Edad	Pobre	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
13-14	<1500m	1500-1599m	1600-1899m	1900-2000m	>2000m
15-16	<1600m	1600-1699m	1700-1999m	2000-2100m	>2100m
17-20	<1700m	1700-1799m	1800-2099m	2100-2300m	>2300m
20-29	<1500m	1500-1799m	1800-2199m	2200-2700m	>2700m
30-39	<1400m	1400-1699m	1700-1999m	2000-2500m	>2500m
40-49	<1200m	1200-1499m	1500-1899m	1900-2300m	>2300m
>50	<1100m	1100-1399m	1400-1699m	1700-2200m	>2200m

Procedimiento del estudio:

El procedimiento que se siguió para realizar la intervención se detalla a continuación

1. Se solicitó permiso a las autoridades del Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo para la realización de la práctica profesional que participa en clases de Zumba.
2. Se identificó el grupo de trabajo el cual es de baile aeróbico específicamente de Zumba, que se imparten clases los lunes,

miércoles y viernes de 7:30am a 8:30 am, en el gimnasio de Santo Domingo, dirigido por profesionales.

3. Se seleccionó a conveniencia a 16 mujeres administradoras de su hogar, a las cuales se les solicita la participación en dicho estudio.
4. Se concreta una cita previa con las participantes al inicio del estudio para la explicación y presentación del mismo.
5. Se les explican los temas a trabajar, tomamos en cuenta temas de interés o importancia, se concretan la lista de temas para el estudio y las participantes comprometen asistir a la intervención de dos horas los lunes, miércoles y viernes durante 36 sesiones que dura la intervención.
6. Se les comunico los objetivos del estudio y cuestionarios. Y se analizo el cronograma.
7. Las participantes llenaron la hoja de datos personales y el Par-Q, para establecer si pueden o no hacer ejercicio.
8. Seguidamente se les tomaron las medidas antropométricas la duración del proceso de las medidas antropométricas fue de 40 minutos aproximadamente.
9. Una semana después se les aplicó los cuestionarios restantes y se les solicita total sinceridad y compromiso, la duración aproximada fue entre 10 a 15 minutos.
10. En esta misma sesión se les aplicó pruebas físicas Cooper la cual lleva más tiempo aproximado a los 45 minutos entre el calentamiento estiramiento y aplicación de la misma. Antes de aplicar cualquier cuestionario y prueba se les explicó en qué consisten los mismos, se aclaran dudas y se dan ejemplos para favorecer su comprensión y garantizar mayor fidelidad de los datos aportados.
11. Se comparte con el grupo de participantes el cronograma establecido por actividades: psicológicas, nutricionales, físicas, lúdicas, charlas, circuitos, bailes, yoga, zumba, entre otras (ver anexo, cronograma).

12. Se realizaron un total de 36 sesiones. Las cuales fueron de dos horas cada día, donde se realizaba una clase aeróbica impartida por los profesionales del Comité Cantonal de Santo Domingo de Heredia y la otra hora era dirigida por el practicante de la maestría.
13. En la sesión 29 se vuelve a tomar medidas antropométricas para lo que respecta a la comparación de estudio.
14. Para la sesión 30 se realizó la prueba Cooper con el fin de comparar los resultados.
15. En la sesión de cierre se realizó un desayuno compartido donde se les pidió que hablaran sobre su experiencia en la intervención, además se les entregó un título por la asistencia al programa y se premió a las que más participaron, las que bajaron de peso, mejoraron la distancia (prueba Cooper) además se les agradeció a las participantes por su colaboración.
16. Finalmente se procedió al análisis, confección de registros, sistematización de la información y elaboración del presente informe.

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	DIA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
CLASE DE BAILE AEROBICO PRESENTACION Y EXPLICACION DE LA INTERVENCION APLICACIÓN DEL PAR-Q ACTIVIDAD ROMPRE HIELO Fotos/ participantes	3/3/14	ENTREVISTA ABIERTA: PREGUNTA GENERADORA, CUAL FUE LA ACTIVIDAD FISICA QUE MAS ME GUSTABA HACER Y DEJE DE HACERLA. ESCRIBIR LLUVIA DE IDEAS
CLASE DE BAILE AEROBICO LLENAR HOJA DE DATOS PERSONALES Y APLICACIÓN DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS	5/3/14	PESO, TALLA, IMC PORCENTAJE DE GRASA Y AGUA
	7/3/14	BAILE AEROBICO

ZUMBA APLICACIÓN DE LA PRUEBA COOPER		CALENTAMIENTO INDICACIONES DE LA PRUEBA Y APLICACION
CLASE DE BAILE AEROBICO APLICACIÓN DEL SF-12	10/3/14	ESTIRAMIENTO BAILE AEROBICO ZUMBA INDICACIONES DEL CUESTIONARIO
CLASES DE BAILE AEROBICO APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE LA ACTIVIDAD FISICA IPAC JUEGO RECREATIVO	12/3/14	1 JUEGO MUDO: SE HACEN DOS FILAS LA ÚLTIMA DEBEN VER LA PRIMER LETRA LA CUAL SE LA ESCRIBEN EN LA ESPALDA DE LA COMPAÑERA ELLA LA VA PASANDO A LA ESPALDA DE LA OTRA ASÍ SUCESIVAMENTE HASTA Q LA ÚLTIMA VA CORRIENDO A ESCRIBIRLA A LA HOJA, EL GRUPO QUE ARMA LA PALABRA DE PRIMERO GANAN OBJETIVO: FOMENTAR TRABAJO EN EQUIPO.
CLASE DE BAILE Y CHARLA OBESIDAD	14/3/14	ZUMBA VER ANEXOS
CLASES DE BAILE AEROBICO CIRCUITO 4 ESTACIONES Y DOS LATERALES TROTANDO 1. SENTADILLAS 2. LAGARTIJAS 3. ABDOMINALES 4. PATADAS Fotos participantes	17/3/14	ZUMBA ESTIRAMIENTO TRABAJO LOCALIZADO FUERZA TOMA DE FOTOS
BAILE AEROBICO CHARLA IMPORTANCIA DEL ESTIRAMIENTO Y CALENTAMIENTO TROTAR 20 MINUTOS	19/3/14	ZUMBA VER ANEXOS SOBRE LA CHARLA TRABAJO AEROBICO
CLASES DE ZUMBA ABDOMINALES- CIRCUITO	21/3/14	1.NORMAL 2. PIES MEDIA ALTURA 3.PIERNAS ALTAS 4. MEDIO LADO CORREMOS LATERALES
BAILE AEROBICO	24/3/14	

JUEGOS RECREATIVOS FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO		FUTBOL RECREATIVO
CHARLA HIDRATACION CLASE DE BAILE	26/3/14	ZUMBA VER ANEXOS CHARLA SOBRE HIDRATACION
BAILE AEROBICO BIOALIMENTACION CHARLA DIRIGIDA POR LA SEÑORA MARIA ELENA , ESPECIALISTA EN YOGA Y BIOALIMENTACION.	28/3/14	LLEVAR PAÑO, MAT LLEVE UN EJEMPLO DE MERIENDA ALCALINA PARA CADA UNA DE LAS SENORAS
ACTIVIDAD	DIA	ACTIVIDADES DESARROLLAS
ZUMBA INTERVENCION PSICOLOGICA FOTO PALABRA ESCRIBIR RESULTADO Foto Participantes	2/4/14	REVISTAS VIEJAS RECORTAR FOTOS DE MUJERES SEDENTARIAS EJERCICIOS VIENDO TV, COLOCARLAS SUELO CIRCULO Y CADA UNA ELIGE IMAGEN Y LA RELACION CON ACTIVIDAD FISICA EN SU VIDA ACTUAL
BAILE AEROBICO ABDOMINALES- CIRCUITO	4/4/14	1.NORMAL 2. PIES MEDIA ALTURA 3.PIERNAS ALTAS 4. MEDIO LADO CORREMOS LATERALES
BAILE AEROBICO CHARLA POR LA ENFERMERA LIC. MARTHA MADRID,	7/4/14	ZUMBA INCONTINENCIA URINARIA 8:30 AM
ZUMBA CHARLA DEL PSICOLOGO HECTOR FOSECA	9/4/14	ADHERENCIA A LA ACTIVIDAD FISICA
	11/4/14 Feriado	
BAILE AEROBICO VELOCIDAD 4-400MTS DESCANSO 3 MINUTOS	14/4/14	LO CAMBAMOS QUERIAN HACER CIRCUITO LOCALIZADO, FUERZA
ZUMBA CHARLA EJERCICIO AEROBICO Y ANAEROBICO	16/4/14	EJERCICIO AEROBICO VER ANEXO EJERCICIO AEROBICO Y ANAEROBICO
	18/4/14	

	Feriado	
BAILE AEROBICO TROTAR 30 MINUTOS	21/4/14	ZUMBA TRABAJO AEROBICO
BAILE AEROBICO CIRCUITO 6 ESTACIONES Y DOS LATERALES TROTANDO 1. SENTADILLAS 2. LAGARTIJAS 3. SALTOS 4. ABDOMINALES 5. LUMBARES 6. PATADAS	23/4/14	ZUMBA TRABAJO LOCALIZADO FUERZA ESTIRAMIENTO
JUEGOS RECREATIVOS FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO Fotos participantes	25/4/14	2.CARRERA DE RELEVOS CON UN TUBO SE DEBEN PASAR ENTRE EL EQUIPO HASTA LLEGAR A LA META
BAILE AEROBICO TROTAR 30 MINUTOS	28/4/14	ZUMBA TRABAJO AEROBICO
CIRCUITO ABDOMINAL	30/4/14	1.NORMAL 2. PIES MEDIA ALTURA 3.PIERNAS ALTAS 4. MEDIO LADO CORREMOS LATERALES

ACTIVIDADES	DIA	ACTIVIDADES DESARROLLAS
ACTIVIDAD PSICOLOGICA: COMO MANTENERME FISICAMENTE ACTIVA	2/5/14	HACER UN DIBUJO DE NUESTRA PROYECCION EN EL FUTURO
CHARLA NUTRICIONAL LIC. NAHIDA ANDRAWS	5/5/14	SE CAMBIO LA ACTIVIDAD YA QUE LA SENORA NAHIDA NO PODIA ASISTIR, POR BIOALIMENTACION CON LA SENORA MARIANELA Y FINALIZO CON UNA MERIENDA ALCALINA.
CHARLA COMO DESARROLLAR UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA	7/5/14	PRINCIPIOS DEL ENTRENAMIENTO
ZUMBA CIRCUITO ESTACIONES Y DOS LATERALES TROTANDO 5. SENTADILLAS 6. LAGARTIJAS	9/5/14	TRABAJO AEROBICO FUERZA EJERCICIOS LOCALIZADOS

7. ABDOMINALES 8. PATADAS		
Foto a participantes		
BAILE AEROBICO CLASE DE YOGA	12/5/14	CAMBIAMOS EVALUACIONES ANTROPOMETRICAS
BAILE AEROBICO CORRER 35 MINUTOS	14/5/14	ZUMBA TRABAJO AEROBICO ESTIRAMIENTO
ZUMBA CHARLA DE FLEXIBILIDAD	16/5/14	BAILE AEROBICO VER ANEXO
PRUEBA COOPER	19/5/14	APLICACIÓN DE LA PRUEBA COOPER POR SEGUNDA VEZ SE EXPLICA PROTOCOLO NUEVAMENTE
APLICACIÓN DE LA PRUEBA COOPER Fotos participantes	21/5/14	APLICACIÓN DE LA PRUEBA COOPER POR SEGUNDA VEZ SE EXPLICA PROTOCOLO NUEVAMENTE
CIRCUITO 6 ESTACIONES Y DOS LATERALES TROTANDO 1. SENTADILLAS 2. LAGARTIJAS 3. SALTOS 4. ABDOMINALES 5. LUMBARES 6. PATADAS	23/5/14	BAILE AEROBICO FUERZA TRABAJO LOCALIZADO
REUNION DE DEVOLUCION Y RETROALIMENTACION AL COMITÉ CANTONAL DE DEPORTES DE SANTO DOMINGO CARRERA 40 MINUTOS	26/5/14	ZUMBA TRABAJO AEROBICO
CIRCUITO ABDOMINAL	28/5/14	1.NORMAL 2. PIES MEDIA ALTURA 3.PIERNAS ALTAS 4. MEDIO LADO CORREMOS LATERALES TRABAJO FUERZA
ACTIVIDAD DE CIERRE MERIENDA SALUDABLE, AGRADECIMIENTO ENTREGA DE RESULTADOS	30/5/14	TRABAJO AEROBICO CLASE DE ZUMBA COMPARTIR MERIENDA SALUDABLE

Capítulo III

RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan y analizan los resultados obtenidos de la práctica profesional de la Maestría en Salud y Movimiento Humano de un programa de estilos de vida saludables que se desarrolló a un grupo de mujeres administradoras de su hogar que realizan actividad física en el Comité Cantonal de Deportes y Recreación de Santo Domingo de Heredia durante el primer semestre del año 2014. Dicho análisis se desarrolló en base a la estadística descriptiva, correlacional y comparativa.

Tabla 1. Resultados del Pre-test de IMC, Prueba Cooper, IPAC, % grasa y Par Q de las administradoras de hogar del Comité Cantonal de Santo Domingo de Heredia

Sujeto	IMC	COOPER	IPAC	% Grasa	Par-q
1.	25,9 Sobre Peso	2150 Buena	Físicamente Activa	34 Exceso de Grasa	Disponibles para realizar actividad física
2.	23,8 Peso Normal	1850 Buena	Físicamente Activa	30 Saludable	Disponibles para realizar actividad física
3.	24,3 Peso Normal	1900 Buena	Físicamente Activa	27,5 Saludable	Disponibles para realizar actividad física
4.	27,1 Sobre Peso	1800 Buena	Físicamente Activa	30 Saludable	Disponibles para realizar actividad física
5.	23,5 Peso Normal	1850 Buena	Físicamente Activa	25 Saludable	Disponibles para realizar actividad física

6.	27,7 Sobre Peso	1800 Muy buena	Físicamente Activa	39.5 Exceso de Grasa	Disponibles para realizar actividad física
7.	27,1 Sobre Peso	1500 Regular	Insuficientemente Activa	37 Exceso de Grasa	Disponibles para realizar actividad física
8.	26,1 Sobre Peso	-	-	33.5 Saludable	Disponibles para realizar actividad física
9.	37,5 Obesidad Grado I	1350 Regular	Insuficientemente Activa	44 Obesidad	Disponibles para realizar actividad física
10.	26 Sobre Peso	1800 Buena	Físicamente Activa	34 Exceso de Grasa	Disponibles para realizar actividad física
11.	36,6 Obesidad Grado II	1350 Pobre	Físicamente Activa	47 Obesa	Disponibles para realizar actividad física
12.	18,8 Bajo Peso	2500 Muy buena	Físicamente Activa	14 Insuficiencia	Disponibles para realizar actividad física
13.	18,8 Bajo Peso	1825 Buena	Físicamente Activa	10 Insuficiencia	Disponibles para realizar actividad física
14.	37,5 Obesidad Grado II	1400 Pobre	Físicamente Activa	46 Obesa	Disponibles para realizar actividad física
15.	23,56 Peso Normal	1850 Buena	-	30 Saludable	Disponibles para realizar actividad física
16.	-	-	-	-	

Tabla 2. Resultados Post-evaluación del IMC, Prueba Cooper y % de grasa en administradoras de hogar del Comité Cantonal de Santo Domingo de Heredia

Suje to	IMC	COOPER	% Grasa
1.	25,9 Sobre Peso	2150 Buena	34 Exceso de Grasa
2.	24,22 Peso Normal	2015 Muy buena	29,5 Saludable
3.	24,45 Peso Normal	2500 Muy buena	32,5 Saludable
4.	26,35 Sobre Peso	2000 Muy buena	28,5 Saludable
5.	23,59 Peso Normal	2200 Muy buena	24 Saludable
6.	27,22 Sobre Peso	1900 Muy buena	39 Exceso de Grasa
7.	27,3 Sobre Peso	1675 Regular	38 Exceso de Grasa
8.	-	-	-

9.	36,78 Obesidad Grado I	1400 Regular	43 Obesidad
10.	25,55 Sobre peso	1800 Buena	40,5 Obesidad
11.	37,18 Obesidad Grado II	1350 Pobre	57 Obesidad
12.	17,69 Bajo Peso	2800 Exc	15 Insuficiencia
13.	18,46 Bajo Peso	1900 Buena	9.5 Insuficiencia
14.	37,33 Obesidad Grado II	1500 Pobre	46 Obesidad
15.	-	-	-
16.	-	-	-

Estadística descriptiva

Al analizar el cuestionario SF- 12 se encontró que en el grupo de mujeres que la gran mayoría, un 92.3% percibe su salud como buena o excelente. Solo el 7.7% indico que su salud era regular y ninguna mujer del grupo encuestado reporto percibir su salud como mala.

Aspecto que se puede relacionar al observar la actividad física semanal reportada por estas mismas mujeres encuestadas, ya que el grupo indicó realizar un promedio de 6396.4 ± 2631.3 mets/minuto/semana, generando así que el 100% de la muestra se clasificó con un nivel de actividad física alto, por lo cual se puede inferir que la alta actividad física semanal puede generar una mayor satisfacción con el estado de salud actual.

Aunque según la muestra utilizada y para fines de este estudio no representó una relación significativa estadísticamente hablando de estas dos variables, como se observará en el apartado de estadística correlacional. No obstante a nivel observacional si se denota una mejoría de la percepción de la salud de las mujeres administradoras de hogar debido al alto nivel de actividad física que realizan semanalmente.

Aunque estos datos reflejan a una población saludable por su alto nivel de actividad física, a nivel de composición corporal no se refleja el resultado en su estado físico de ese mismo modo.

Según el promedio del índice de masa corporal (27.15 ± 6.42 kg/m²), esta población se clasifica en sobrepeso, en donde el 61.6% del total de la muestra presento sobrepeso u obesidad. Además si se observa el porcentaje de masa

grasa, el cual para la muestra fue de $31.93 \pm 11.40\%$, que se considerado como alto, además de un factor de riesgo coronario según el sexo y edad promedio del grupo de mujeres administradoras de hogar (36.1 ± 8.9 años).

Al observar lo opuesto de estas dos variables, tanto el alto nivel de actividad física reportado como la alta composición corporal que presentan las mujeres del estudio, en donde se clasifican en instancias de sobrepeso u obesidad y cuyo resultado indicaría lo contrario con respecto al nivel de actividad física que debería tener esta población estudiada. Esto denota que la parte nutricional y la ingesta diaria de estas mujeres administradoras de hogar es en donde mayor problemática pueden estar teniendo debido a los resultados obtenidos.

Otro aspecto importante a destacar, es la limitación física y emocional que las mujeres encuestadas indicaron presentar en la actualidad, la mayoría de la población de este estudio y como lo muestra la tabla 4 y 5 se indicó que, debido a causas físicas y emocionales hicieron menos de su trabajo o actividades cotidianas.

Así mismo, nuevamente la gran mayoría de la población indicó que estás mismas causas físicas y emocionales hicieron que no pudieran del todo desarrollar su trabajo y actividades cotidianas. Lo que conlleva a interpretar que el estado actual de su composición corporal está desarrollando en esta población problemas físicos y emocionales que llevan a una limitación de su trabajo y de sus actividades cotidianas que ni el mismo alto nivel de actividad física puede contrarrestar las consecuencias que trae el poseer un alto porcentaje de masa grasa que lleva a un sobrepeso u obesidad a la mayor parte de la muestra.

Tabla 3. Porcentaje de la percepción de las mujeres administradoras de hogar del Comité Cantonal de Santo Domingo de Heredia, con respecto a la problemática de hacer menos y de dejar de hacer en su trabajo o actividades cotidianas por causa Física

Limitación	Hacer menos		Dejar de hacer	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Sí, me limita	11	84.6	11	84.6
No, no me limita	2	15.4	2	15.4
Total	13	100	13	100

Tabla 4. Porcentaje de la percepción de las mujeres administradoras de hogar del Comité Cantonal de Santo Domingo de Heredia, con respecto a la problemática de hacer menos y de dejar de hacer en su trabajo o actividades cotidianas por causa emocional

Limitación	Hacer menos		Dejar de hacer	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Sí, me limita	8	61.5	10	76.9
No, no me limita	5	38.5	3	23.1
Total	13	100	13	100

No obstante, el estado físico de esta población de estudio, no limita o interfiere en todos los aspectos de la vida cotidiana de la misma, un ejemplo de

ello es respecto a la variable social, en donde la mayoría del porcentaje de la muestra y como se muestra en la tabla 5, indicó que nunca se vieron limitadas a realizar sus actividades sociales.

Otro aspecto positivo en esta población de mujeres administradoras de hogar es que el mayor porcentaje de ellas siempre o casi siempre se encontraron calmadas (76.9%), de igual manera el mayor porcentaje de la muestra siempre o muchas veces se mantuvieron con mucha energía durante el día (84.6%).

Tabla 5. Porcentaje de la percepción de la regularidad con que los problemas físicos o emocionales les han dificultado las actividades sociales a las mujeres administradoras de hogar del Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo de Heredia

Actividades sociales	Cantidad	Porcentaje
Siempre	0	0
Casi siempre	0	0
Muchas veces	1	7.7
Solo algunas veces	3	23.1
Nunca	9	69.2
Total	13	100

Tabla 6. Porcentaje de la percepción de las mujeres administradoras de hogar con respecto si se han sentido calmadas, con mucha energía, desanimadas o tristes en las últimas 4 semanas

Regularidad del sentir	Calmada		Tener mucha energía		Desanimadas o tristes	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Siempre	2	15.4	2	15.4	0	0
Casi siempre	8	61.5	4	30.8	0	0
Muchas veces	1	7.7	5	38.5	1	7.7
Algunas veces	2	15.4	2	15.4	6	46.2

Solo algunas veces	0	0	0	0	2	15.4
Nunca	0	0	0	0	4	30.8
Total	13	100	13	100	13	100

Estadística correlacional

Se buscó analizar relaciones entre algunas variables para conocer más a fondo el estado actual de la población de estudio y con esto encontrar una interacción entre ellas para una mejor comprensión del programa de estilos saludables en mujeres administradoras de su hogar de Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo de Heredia.

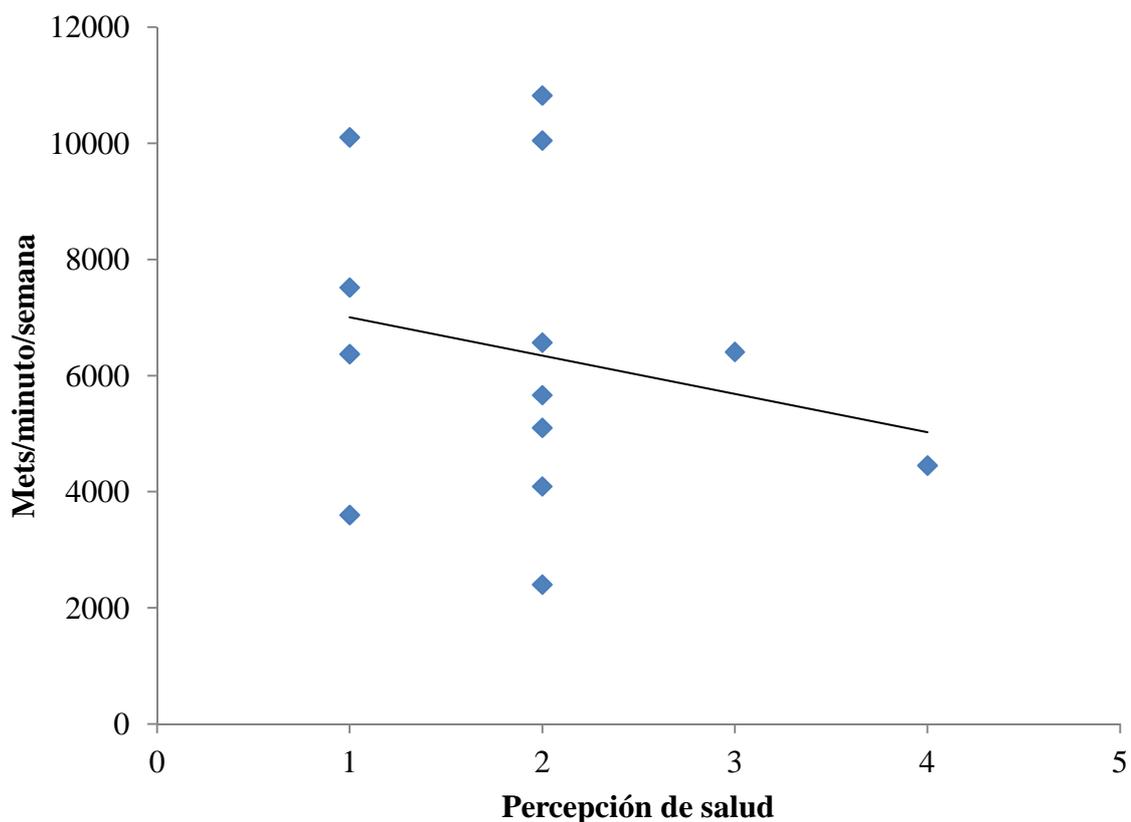
Un ejemplo de estos hallazgos es, la interacción entre la percepción de salud actual de las mujeres administradoras de hogar y el nivel de actividad física reportado por la cantidad de mets/minuto/semana. Para este caso no se encontró relación significativa (ver tabla 8 y gráfico 1), aunque como ya se comentó en el apartado de estadística descriptiva, a nivel observacional si se ve una interacción entre ellas, pues la mayor parte de las mujeres del estudio indicaron que su salud es excelente o muy buena y al mismo tiempo reportaron una actividad física alta, con lo que denota la importancia que tiene el ejercicio físico para aumentar la percepción de salud que cada persona pueda tener de sí mismos.

Los resultados, no significativos estadísticamente hablando, obtenidos en este estudio se generan principalmente por la cantidad mínima de sujetos de estudio, además de la homogeneidad que presentan las mujeres participantes de esta investigación.

Tabla 7. Resultados de la prueba correlación de Spearman sobre la percepción de la salud y la actividad física semanal de un grupo de mujeres administradoras de hogar del Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo de Heredia

		Percepción Salud
Mets/minutos /semana	Correlación de Spearman	-0.16
	Sig. (bilateral)	0.58
	n	13

Gráfico 1. Relación entre la percepción de salud y la actividad física semanal (mets/minuto/semana) reportada por un grupo de mujeres administradoras de hogar del Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo de Heredia



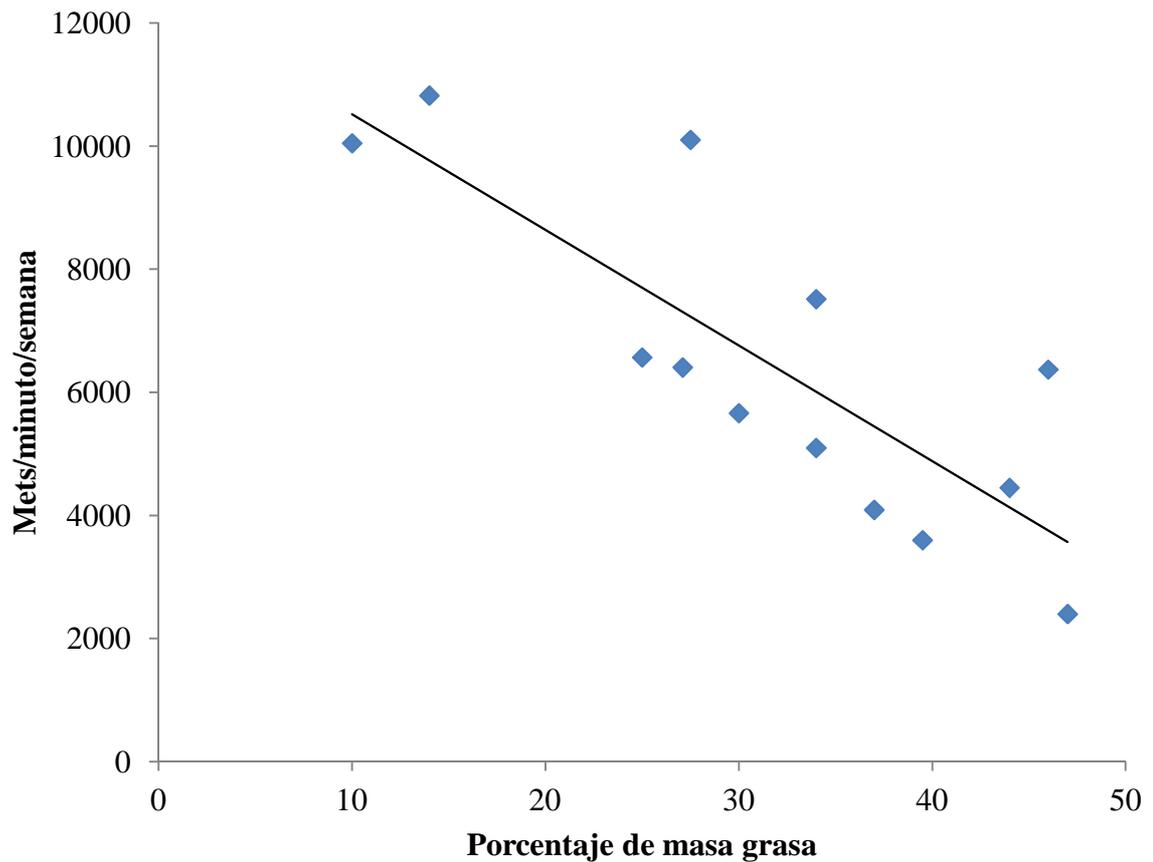
Otra interacción que se quiso generar es entre el estado actual de la masa grasa y el nivel de actividad física reportado por la cantidad de mets/minuto/semana. Con el objetivo de corroborar si en esta población estudiada sucede lo que normalmente acontece entre estas dos variables, ya que en la mayoría de la población en que el porcentaje de masa grasa es de regular a alto o este sobrepasa el límite ideal saludable es debido principalmente a un desequilibrio entre el gasto energético y la ingesta alimentaria diaria, lo que genera un aumento en los depósitos de grasa corporal.

Según la muestra de este estudio se evidencia lo anteriormente comentado pues, se encuentra una relación significativa entre las variables citadas (ver tabla 8 y gráfico 2), lo que infiere que aquellas mujeres que tienen menos actividad física semanal presentan una mayor porcentaje de masa grasa ya que no generan un gasto energético diario necesario para disminuir los depósitos de grasa subcutáneo e intratorácica.

Tabla 8. Resultados de la prueba correlación de Pearson sobre el porcentaje de grasa y la actividad física semanal de un grupo de mujeres administradoras de hogar del Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo de Heredia

		Porcentaje de masa grasa
Mets/minutos/semana	Correlación de Pearson	-0.81
	Sig. (bilateral)	0.001
	N	13

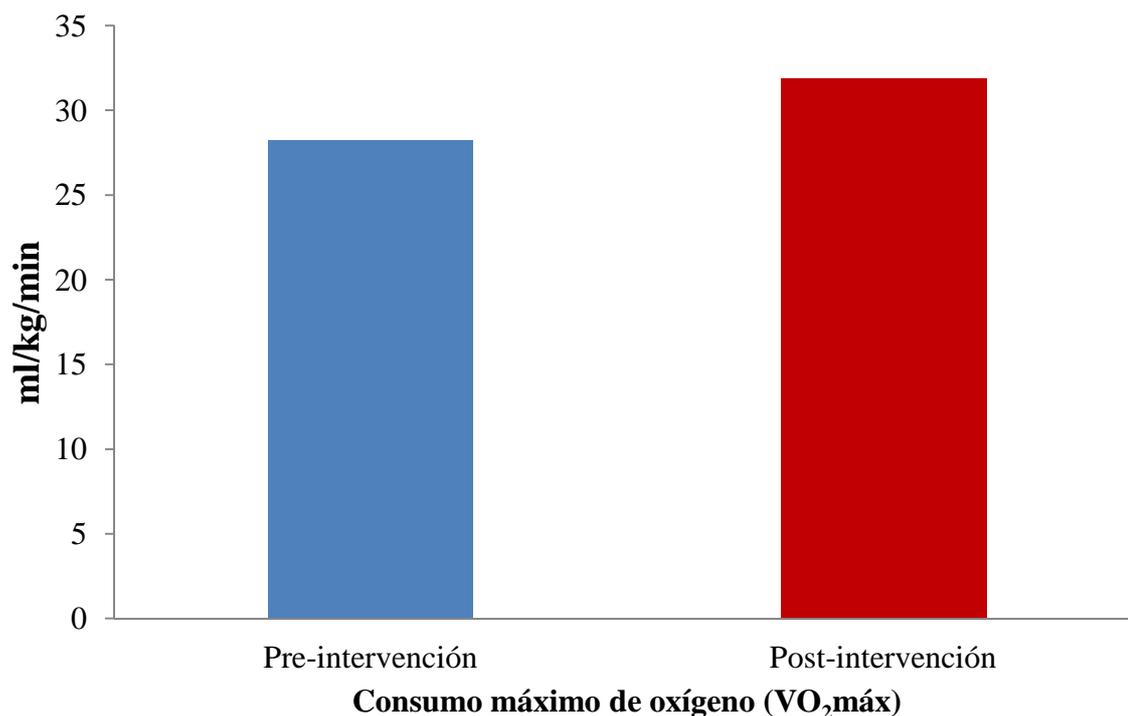
Gráfico 2. Relación entre el porcentaje de masa grasa y la actividad física semanal (mets/minuto/semana) reportada por un grupo de mujeres administradoras de hogar del Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo de Heredia



Estadística comparativa

En este apartado se busca conocer el efecto que tuvo la intervención con el programa de estilos de vida saludables en las mujeres administradoras de hogar. A nivel de la capacidad funcional, evaluada con el consumo máximo de oxígeno, se encontraron diferencias significativas ($t = -3.41$; $sig = 0.005$) en el puntaje promedio, según las mediciones hechas al inicio y final de la intervención realizada. Por lo tanto, y como se aprecia en el gráfico 3, la intervención con ejercicio físico y otros tipos de estilos de vida saludables, se logra realizar un aumento del consumo máximo de oxígeno y por ende de la capacidad funcional de las mujeres administradoras de hogar, participantes del programa, lo que indica que programas de este tipo son altamente recomendados e insta a la población e instituciones costarricenses a que los realice con mayor continuidad y abarquen la mayor parte del país.

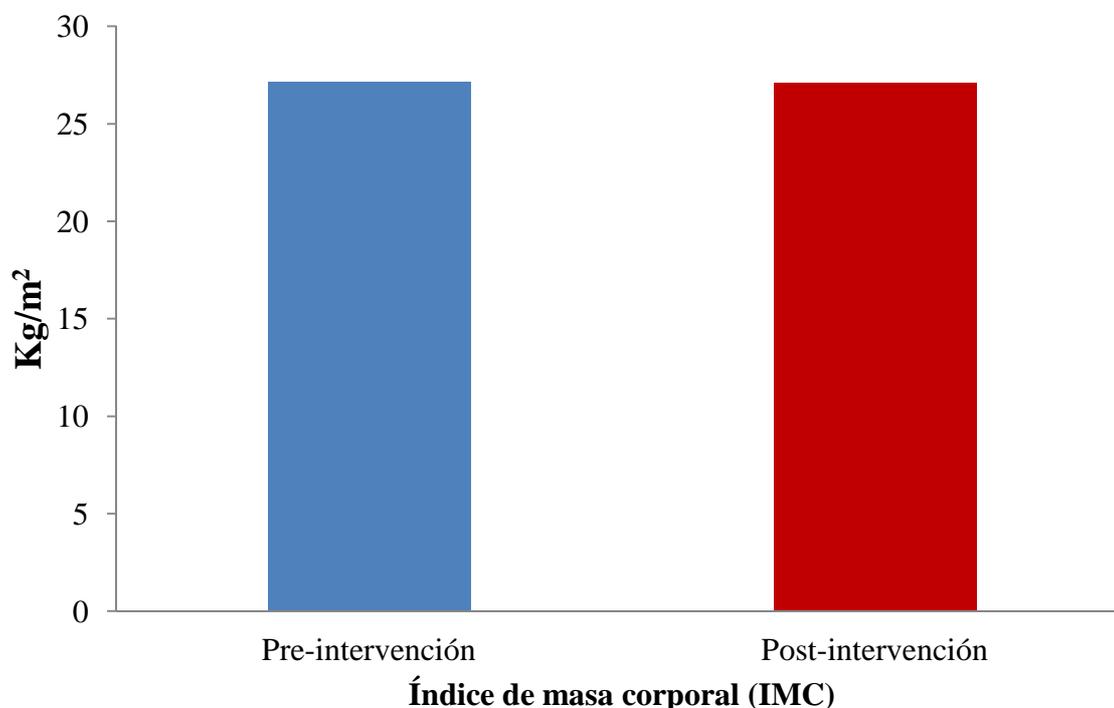
Gráfico 3. Comparación del consumo máximo de oxígeno según la medición realizada al inicio y final de la intervención con las mujeres administradoras de hogar del Comité Cantonal de Deportes de Santo Domingo de Heredia



No obstante, en todas las variables medidas se obtiene el mismo resultado, ya que no se encontraron diferencias significativas ($t= 0.25$; $sig=0.802$) en el puntaje promedio del índice de masa corporal, según las mediciones hechas al inicio y final de la intervención realizada.

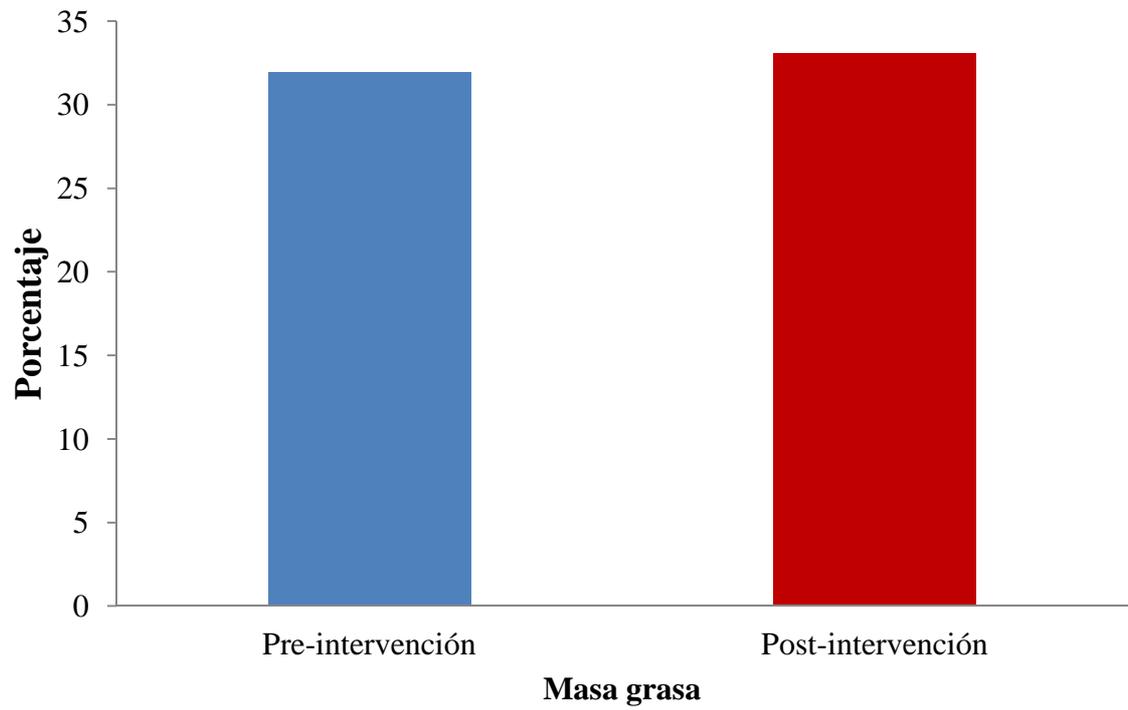
Para esta variable tal y como se observa en el gráfico 4, se obtuvo una diferencia de apenas 0.03 kg/m^2 entre la medición inicial y la final, posiblemente producido por el tiempo de duración con que contó esta intervención, ya que, con pocas semanas de intervención, no se logran cambios en pérdida de masa corporal significativos, estos cambios se logran principalmente a partir de 4 a 6 meses (Wilmore y Costill, 2005).

Gráfico 4. Comparación del índice de masa corporal según la medición realizada al inicio y final de la intervención con las mujeres administradoras de hogar



La misma situación se presentó al analizar el porcentaje de masa grasa, en donde tampoco se encontraron diferencias significativas ($t= -1.02$; $sig=0.330$), según las mediciones hechas al inicio y final de la intervención realizada. En esta ocasión más bien la población presentó un aumento de la masa grasa al final de la intervención de 1.17% como se observa en el gráfico 5. Se le puede atribuir este aumento a dos posibilidades causas materiales, es decir al equipo que se utilizó y su respectiva calibración o a causas naturales, como la mala ingesta de alimentos por parte de las participantes de programa.

Gráfico 5. Comparación del porcentaje de masa grasa según la medición realizada al inicio y final de la intervención con las mujeres administradoras de hogar



Análisis Cualitativo

1. Consigna: Realizar un dibujo de ¿cómo se siente?

Tabla 9. Clasificación dibujos de participantes de acuerdo a ¿cómo se siente?

Categoría	Frecuencia
Estrés	3
Cambios físicos- salud	9
Autosatisfacción	1

En el análisis cualitativo los resultados obtenidos describen una población con mayor preocupación por los cambios físicos o por su salud, en segundo lugar preocupación por estado emocional o estrés y solo una participante expresa estar feliz con su estado actual.

1. Consigna: Realizar un dibujo de ¿Qué ejercicio me gustaba hacer y deje de hacer?

Tabla.10 Clasificación ¿Qué ejercicio me gustaba hacer y deje de hacer?

En primer lugar lo que se refiere al análisis cuantitativo podemos observar que

Ejercicio	Frecuencia
Aeróbicos	3
Baile	5
Voleibol	1
Basketball	1
Sedentario	3

la población en su mayoría tendían a realizar baile, como segundo aspecto realizaban aeróbicos y eran sedentarias y por ultimo dos de ellas comentaron realizar basketball y voleibol.

Capítulo IV
CONCLUSIONES

- Si bien para esta investigación se contó con una población de mujeres físicamente activas, además de que presentaban una buena percepción de su salud, la intervención con un programa de estilos saludables tuvo una influencia positiva en este grupo de mujeres administradoras de hogar, aumentando el nivel de actividad física.
- El programa generó un aumento de la capacidad funcional de las participantes, lo que conlleva a que cada una de las mujeres participantes pueda tener una mejor condición de su salud cardiovascular, musculoesquelético, inmunológica y mental.
- A nivel de la composición corporal, esta intervención no pudo generar un cambio positivo al lograr disminuir el porcentaje de grasa corporal, debido al escaso tiempo de la duración de la intervención.
- Para explicar por qué el programa de estilos de vida saludables no pudo generar una disminución de esta variable se debe ver desde el aspecto fisiológico que indica que para generar cambios externos como la disminución del porcentaje de masa grasa de forma significativa se debe contar con intervenciones de 4 a 6 meses de ejercicio continuo.
- Además de generar un gran cuidado con la ingesta diaria de cada sujeto de estudio ya que, para lograr beneficios en variables como esta, el 30% es dado por el ejercicio físico pero el 70% es generado por la ingesta alimenticia de cada individuo.
- Al observar las características de la población de estudio, se demuestra que el gran problema que acarrean y por el cual presentan altos niveles de grasa corporal es una mala ingesta diaria de alimentos, con respecto tanto a la cantidad como la calidad de los mismos ya que, la población de estudio presenta un alto nivel de actividad física pero también la gran mayoría tiene sobrepeso u obesidad.

- Lo antes dicho parece indicar que las mujeres que si se ejercitan de forma adecuada pero se alimentan de manera no saludable por eso se mantienen con un porcentaje de masa grasa y un índice de masa corporal alto y por lo mismo en este estudio no se logró un cambio significativo al final de la breve intervención para este objetivo.
- En general esta población de estudio, presentó un comportamiento normal a nivel de aspectos sociales, mentales, emocionales y físicos, es decir, a nivel de salud general. No obstante en algunos aspectos físicos, como la limitación del trabajo o actividades diarias la gran mayoría de las mujeres participantes indicó que su condición actual las limitaba en estos aspectos. Esto debe ser combatido con una disminución del peso corporal, así como el porcentaje de masa grasa, también con un aumento del ejercicio diario, teniendo en cuenta que esté sea el adecuado para ellas.
- Se logró promover estilos de vida saludable en un grupo de mujeres administradoras de su hogar impartiendo diferentes actividades lúdicas, recreativas, deportivas y nutricionales, se aumentó el nivel de actividad física, durante el programa ya que debían quedarse no una hora normalmente si no dos horas, realizando distintas actividades físicas. Se les brindó información de estilos de vida saludable por medio de diferentes charlas y entrega de brochurs.
- La motivación para realizar ejercicio físico fue mayor, explicándoles que se iban a evaluar al inicio y final del programa, se les entregó brochurs donde contenían información sobre la importancia del ejercicio y sus beneficios para hacer conciencia y que se motivaran a mejorar, realizaron juegos recreativos para dicho objetivo tales como carrera de relevos, fútbol, juego de la palabra muda.
- Se logró brindarles información sobre cómo lograr adherirse al ejercicio como ejercicio aeróbico, ejercicio anaeróbico, hidratación, como tener

una sana alimentación, flexibilidad, como desarrollar un programa de actividad física y los principios de entrenamiento.

Capítulo V

RECOMENDACIONES

- Buscar alternativas para lograr que programas de graduación profesional se puedan extender a más comités de deportes de los cantones del país, ya que se demostró de forma estadística y observacional que los resultados obtenidos son positivos y beneficiosos para la población participante.
- Brindar asesoría a los comités cantonales impartida por profesionales de la salud específicamente promotores de la Salud, Lic. en Educación Física, Msc. en Salud y Movimiento Humano de la Universidad Nacional.
- Desarrollar tácticas y estrategias para que programas de este tipo se logren adherir a la población costarricense para buscar una disminución de la alta incidencia de enfermedades crónicas degenerativas que en este país y en el mundo van en aumento constante.
- Procurar que la participación a estos programas de estilos de vida saludables no sean solo pasajeros, sino que cada persona que hace parte de ellos logre incursionarlo en su vida cotidiana como algo regular y que con esto cada vez más población puedan realizarlo.
- A nivel de investigación, se debe tratar de incorporar a este tipo de estudios el efecto de un programa de estilos de vida saludables un mayor control de la ingesta diaria a nivel nutricional para poder aislar las variables y tener un mayor control para conocer exactamente el porqué de los resultados obtenidos.
- También se debe contar con una población mayor y que ésta sea más heterogénea, además desarrollar una intervención de mayor duración principalmente para conocer si se logra un cambio significativo en la disminución del porcentaje de masa grasa.
- Desarrollar programas para otras poblaciones descritas al comité cantonal tales como adulto mayor, niños, hombre y jóvenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS (2002). *Manual para la valoración y prescripción del ejercicio*. Editorial Paidotribo.
- Alonso E., Serrano M., Tomás G. (2003). *El trabajo del ama/amo de casa*.
<http://bizkaia.net/home2/archivos/DPTO3/Temas/Pdf/pdf/castellano/EI%20Trabajo%20del%20ama%20de%20casa.pdf?idioma=EU>.17/06/2014.
- Avella R., Medellin J., (2012). *Conceptos y componentes de la actividad física y el fitness*. <http://www.efdeportes.com/efd164/componentes-de-la-actividad-fisica-y-el-fitness.htm>.10/06/2012.
- Aristizabal J. 2007. *Evaluaciones de la composición corporal de adultos sanos por antropometría e impedancia bioelectronica*.
www.scielo.org.co/scielo.iso.
- Benavides L. y Carralero A. 2010. *La actividad física para las mujeres obesas de 40 a 55 años de edad que acuden al Gimnasio al Aire Libre de la circunscripción Nº 9 del Consejo Popular Oeste, del Municipio Morón*.
<http://www.efdeportes.com/efd140/actividad-fisica-para-las-mujeres-obesas.htm> (20-03-2014).
- Candiá M., Rosales Y., (2012). *Intervención educativa para disminuir la obesidad en amas de casa por medio del ejercicio físico*.www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/76/17.17/06/2014.
- Canadian Society for Exercise Physiology (2002). *Par-Q y you*.
<http://www.csep.ca/cmfiles/publications/parq/par-q.pdf>.28/07/2014.

Cabrera A, Rodríguez M, Rodríguez L, Lafuente A, Brito A, Muros M, González

D, Medina M, Aguirre A., (2007). *Sedentarismo: tiempo de ocio activo frente a porcentaje del gasto energético*.
<http://www.revespcardiol.org/es/sedentarismo-tiempo-ocio-activo-frente/articulo/13100275/>. 10/06/2014.

Cuestionario internacional de actividad física IPAQ

(2002).<http://www.ipaq.ki.se/questionnaires/SpainIQSHL7SELFrev230802.pdf>.(7-4-2014).

Delgado M, Martínez M y Aguinaga I. *Actividad Física y Salud*. En: Piedrola Gil,

Medicina Preventiva y salud Publica. Barcelona. Masson, 2001.

Díaz J. (2009). *Actividad física saludable: 15 recomendaciones*

prácticas.<http://www.efdeportes.com/efd130/actividad-fisica-saludable-15-recomendaciones-practicas.htm> (25/05/2014).

Dubos, R. (1975). *Espejismo de la salud*. México: Fondo de la Cultura

Económica.

Escalera M., Herranz J., (2000). *Trabajo y salud en la mujer: análisis comparativo*

de mujeres con trabajo remunerado y amas de casa
<http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618250003.pdf>.16/06/2014.

Esparza M (2010). *El deporte moderno y el ejercicio físico antiguo, comentarios*

sobre sus diferencias. <http://www.efdeportes.com/efd144/el-deporte-moderno-y-el-ejercicio-fisico-antiguo.htm> (25/5/2014).

Fernández M. (2008). *Comunicación presentada a la v sesión científica: trabajo doméstico, trabajo a domicilio del congreso internacional sobre género, trabajo y economía informal*.

<http://ve.umh.es/sieg.1/docs/ICongresoInternacional/comunicaciones/scv04.pdf>.1/7/2014.

Fonseca A. (2014). *Entrevista sobre la historia y administración del Comité cantonal de Deportes de Santo Domingo de Heredia, a la secretaria Administradora Ana Lorena Fonseca Salazar, en la oficina del CCDS DH, realizada el día 17/04/2014.*

Forbes R. (2011). *El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa.*
http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf. 22/08/2014.

Fonseca H. (2010). *Efectos de la Zooterapia Canina en las conductas prosociales y el nivel actividad física de un niño con trastorno autista y sobrepeso.* Tesis de graduación para optar al grado de Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Ciencias del Deporte. Heredia, Costa Rica: Universidad Nacional.

Gallegos K., Duran J., López L. y López L., (2003). *Factores Asociados con las Dimensiones de la Calidad de Vida del Adulto Mayor en Mórolo.* Centro de investigaciones en salud poblacional, instituto Nacional de Salud Pública, México. Recuperado de <http://www.insp.mx/Portal/produccion/pdfs/72.pdf>.

Garriga C., Garriga P., Tejada J., Navarro K., Ramírez R., (2013). *Definición de Nutrición.*http://www.academia.edu/4827431/Definicion_de_Nutricion.10/06/2014.

George J, Fisher A, Vehrs P (2001). *Tesis y pruebas físicas.* Editorial

Paidotribo.

Goicochea H., Oramas Y., García J., Hernández G. (2011) *.Actividad física para fortalecer la salud de las amas de casa del barrio la Pista del Consejo Popular Primero de Enero.*
<http://www.efdeportes.com/efd153/actividades-fisicas-para-las-amas-de-casa-del-barrio.htm>.12/06/2014.

Gómez R., (2013). *Hábitos de uso del tiempo libre y nivel de actividad física de estudiantes de secundaria del Liceo de Nicoya, Guanacaste, Costa Rica.* Tesis de grado, para optar por el título de Licenciatura en Educación Física.

Gómez R, Jurado M, Viana H, Da Silva M, Hernández A, (2005). *Estilo y calidad de vida.* [://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm](http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm). 25/05/2014.

Giusti, A. L. (1991). *Calidad de Vida, Estrés y Bienestar.* Rio Piedras, Puerto Rico: Ediciones PSICOED.

Granell J. (2002). Análisis de la intensidad del esfuerzo en el Test de Cooper para la valoración de la condición física en alumnos de secundaria.
<http://www.efdeportes.com/efd53/cooper.htm>.28/7/2014.

Graue, Álvarez y Sánchez (2007). *El Síndrome de "Burnout": La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional.*http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html. 22/08/2014.

Hoeger, W., Hoeger, S y Lopez, S. (2006) *Ejercicio y Salud* (6 ed).

Lopa E., (2000). *El concepto de nutrición.*

<http://www.saludmed.com/Salud/Nutricion/ConcptBa.html>.10/06/2014.

Madrid Salud (2011). *Sedentarismo y Salud*.

http://www.madridsalud.es/temas/sedentarismo_salud.php.10/06/2014

Marks D., Murray, M. Evans., B.,Willig, C. Woodall y Sykes, C. (2008).
Psicología

de la salud. Editorial manual moderno. México.

Márquez S. Guarachea N., (2009). *Actividad Física y Salud*. España.

Márquez, S, Garatachea, N. (2011). *Actividad Física y Salud FUVIBER*.
España.

Maurelo V.,Junco G., Hernández N., (2011). *Sistema de actividades para
incentivar la práctica de actividades físicas de las amas de casa en la
circunscripción 22 del Consejo Popular Sur del municipio Morón*.
<http://www.efdeportes.com/efd155/actividades-fisicas-de-las-amas-de-casa.htm> (12-03-2014).

Morel V, (2010). *Estilos de vida saludable: actividad física*.

<http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/07%20Estilos%20de%20vida.pdf>.
(23-03-2014).

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y Calidad de vida*. Segunda Edición.

México D.F: Thomson.

OCDE (1995). *El trabajo doméstico (análisis económico desde una perspectiva
de género)*.

<http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0244/publicacion3premio.pdf>.1/
7/2014.

O.M.S (2011). *La actividad física puede ayudar a reducir el riesgo de padecer*

cáncer.[http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=ar
ticle&id=656&itemid=0](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=656&itemid=0). (23-03-2014).

O.M.S (2014). *Estrategias mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*.
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html>.27/06/2014

O.M.S (2012). *Nutrición*. <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>.10/06/2014.

O.M.S (2014). *Actividad Física*.

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>.10/09/2014.

O.M.S (2014). *Obesidad*. <http://www.who.int/topics/obesity/es/>.25/05/2014.

O.M.S (2014). *Preguntas más frecuentes*.

<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.

25/05/2014.

Ortega E. (2011). *Amas de casa padecen más estrés que mujeres que estudian o trabajan*.

http://www.uv.mx/universo/445/infgral/infgral_14.html.17/06/2014.

Palau A (2013). *Amas de casa: principales dificultades para cuidar la*

dieta.http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/adulto_y_vejez/2013/11/12/218556.php.16/6/2014.

Piéron y García (2007). *Algunos correlatos de la actividad físico-deportiva en una*

perspectiva de salud.

https://www5.uva.es/guia_docente/uploads/2012/406/40658/1/Document07.pdf.27/07/2014.

Revista Chilena de Cardiología (2009). *Hacia una definición de sedentarismo*.

Desde: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v28n4/art14.pdf> .10/06/2014.

Rodríguez J. y González J. (2010). *Propuesta de un sistema de ejercicios físicos*

para las mujeres obesas e hipertensas entre 40-50 años de edad en el poblado de Guines, La Habana.
<http://www.efdeportes.com/efd147/sistema-de-ejercicios-fisicos-para-mujeres-obesas.htm> (20-03-2014).

Ruiz F., García M., Piéron M., (2009). *Actividad Física y Estilos de Vida Saludable*. España: Almería.

Santalla A., Pérez G., (2010). *Actividades físicas recreativas educativas para promover un estilo de vida saludable en los habitantes adultos en la comunidad rural de Modesto Reyes del consejo popular 'Onelio Hernández Taño del municipio Ciego de Avila.*
<http://www.efdeportes.com/efd147/actividades-fisicas-recreativas-en-adultos.htm> (12-03-2014).

Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos.*
Ciencia y enfermería, 9 (10), 09-21.

Silva, G. (2002) *Diccionario básico del Deporte y la Educación física*. (3 ed., Vol 1). Colombia: Editorial KINESIS.

Sociedad Española de Reumatología (2011). *Catálogo en línea de instrumentos de medida.* <http://www.ser.es/catalina/?p=197>.(7-04-2014).

Subero M. (2006). *Prueba de Cooper.*
http://www.saludenforma.net/sub_seccion.php?id=58&idt=216&ed=.(7-4-2014).

Utria L., y Ramírez A., (2012). *Incorporación de las amas de casa de 25-40 años a las actividades físico-recreativas.*
<http://www.efdeportes.com/efd170/incorporacion-de-las-amas-de-casa.htm>(12-02-2014).

Valverde Y,(2011). *Efecto de un programa de actividad física sobre la calidad de*

vida en mujeres privadas de libertad. Tesis de graduación para optar al grado de Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Ciencias del Deporte. Heredia, Costa Rica: Universidad Nacional.

Vilaguta G., Ferrera M., Rajmilb L., Rebolloc P., Permanyer-Miraldad G., Quintanae J., Santeda R., Valderasa J., Riberad A.,Domingo-Salvanya D., Alonsoa J., (2005). *El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos.*
<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v19n2/revision1.pdf>.5/7/2014.

Wilmore, J. y Costill, D. (2005). *Fisiología del esfuerzo y del deporte.* Barcelona.

Ed. Paidotribo. Cap 21: Obesidad, diabetes y actividad física.

Zudaire M (2012). *La composición corporal es un método útil para determinar la efectividad de la dieta en el desarrollo muscular de una persona o en la pérdida de grasa.*
http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/curiosidades/2012/04/05/208526.php.10/06/2014.

ANEXOS

Tabla 2. Resultado SF-12 de las administradoras de hogar

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2.	1.E XC	NO, NO ME LIMI TA	NO, NO ME LIMI TA	1. NO ME LIM ITA	1. NO ME LIM ITA	1.no ME LIMI TA	1.NO ME LIMIT A	5. NUN CA	2.CASI SIEMP RE	3.CASI SIEMP RE	4.ALG UNAS VECE S	5,NU NCA
2.	2,M UY BUE NO	3,N ON O ME LIMI TA	3,N O NO ME LIMI TA	1.N O ME LIM ITA	1.N O ME LIM ITA	1.NO ME LIMI TA	1.NO ME LIMIT A	5.N UNC A	2. CASI SIEMP RE	3. MUCH AS VECE S	6.NUN CA	5.NU NCA
3.	1.E XC	3,N ON O ME LIMI TA	3,N O NO ME LIMI TA	1.N O ME LIM ITA	1.N O ME LIM ITA	1.NO ME LIMI TA	1.NO ME LIMIT A	4.AL GUN AS VEC ES	2. CASI SIEMP RE	2.CASI SIEMP RE	6.NUN CA	5.NU NCA
4.	3.B UE	3,N ON	3,N O	1.N O	1.N O	1.NO ME	1.NO ME	3. MU	2.CASI SIEMP	3.MUC HAS	4.ALG UNAS	4.SO LO

	NA	O ME LIMI TA	NO ME LIMI TA	ME LIM ITA	ME LIM ITA	LIMI TA	LIMIT A	CHA S VEC ES	RE	VECE S	VECE S	ALGU NA VEZ
5.	2. MU Y BUE NA	3.N ON O ME LIMI TA	3.N O NO ME LIMI TA	2.SI ME LIM ITA	1..N O ME LIM ITA	1.NO ME LIMI TA	1.NO ME LIMIT A	5.N UNC A	2. CASI SIEMP RE	4.ALG UNAS VECE S	4.ALG UNAS VECE S	4.SO LO ALGU NA VEZ
6.	1.E XC	1.N O ME LIMI TA	1.N O ME LIMI TA	1. NO ME LIM ITA	2. NO ME LIM ITA	1.NO ME LIMI TA	1.NO ME LIMIT A	5.N UNC A	2. CASI SIEMP RE	2.CASI SIEMP RE	4. ALGU NAS VECE S	5.NU NCA
7.	2.M UY BUE NA	2.SI ME LIMI TA UN POC O	1. SI ME LIMI TA MU CHO	2. SI ME LIM ITA	2. SI ME LIM ITA	2. SI ME LIMI TA	2. SI ME LIMIT A	3. MU CHA S VEC ES	3. MUCH AS VECE S	4.ALG UNAS VECE S	4.ALG UNAS VECE S	3. ALGU NAS VECE S

8.												
9.	4.B UE NA	3.N O ME LIMI TA	3.N OM E LIMI TA	1. NO ME LIM ITA	1.N O ME LIM ITA	1. NO ME LIMI TA	1. NO ME LIMIT A	5. NUN CA	1. SIEMP RE	3.MUC HS VECE S	3.MUC HAS VECE S	4.SO LO ALGU NA VEZ
10.	2. MU Y BUE NO	3. NO ME LIMI TA	3. NO ME LIMI TA	1. NO ME LIM ITA	1.N O ME LIM ITA	1. NO ME LIMI TA	1. NO ME LIMIT A	5. NUN CA	1.SIEM PRE	1.SIEM PRE	6.NUN CA	5.NU NCA
11.	2.M UY BUE NO	3. NO ME LIMI TA	3. NO ME LIMI TA	1. NO ME LIM ITA	1.N O ME LIM ITA	2, SI ME LIMI TO	1.NO ME LIMIT A	5.N UNC A	4.ALG UNA VECE S	3. MUCH AS VECE S	4.ALG UNAS VECE S	5.NU NCA
12.	2. MU Y BUE	3. NO ME LIMI	3. NO ME LIMI	1. NO ME LIM	1.N O ME LIM	2, NO ME LIMI	1.NO ME LIMIT A	5, NUN CA	4.ALG UNAS VECE S	2. CASI SIEMP RE	5.SOL O ALGU NA	5. NUN CA

	NO	TA	TA	ITA	ITA	TO					VEZ	
13.	2.M UY BUE NO	3. NO ME LIMI TA	3. NO ME LIMI TA	1. NO ME LIM ITA	1.N O ME LIM ITA	2, NO ME LIMI TO	2.NO ME LIMIT A	5.N UNC A	2.CASI SIEMP RE	2.CASI SIEMP RE	5.SOL O ALGU NA VEZ	5.NU NCA
14.	1.E XC	3. NO ME LIMI TA	3. NO ME LIMI TA	1. NO ME LIM ITA	1.N O ME LIM ITA	2, NO ME LIMI TO	2.NO ME LIMIT A	5.N UNC A	2.CASI SIEMP RE	1.SIEM PRE	6.NUN CA	5.NU NCA
15.												
16.												