

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FISICA  
DESARROLLADOS EN LA LOCALIDAD DE CHAPINERO**

**MAICOL JAVIER VILLANUEVA VERA**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA  
FACULTAD DE CINETICA HUMANA Y FISIOTERAPIA  
BOGOTA, D.C.**

**2011**

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FISICA  
DESARROLLADOS EN LA LOCALIDAD DE CHAPINERO**

**MAICOL JAVIER VILLANUEVA VERA**

**Autor**

**GRUPO DE INVESTIGACION EN SALUD PÚBLICA**

**Línea de Investigación en Políticas y Calidad de los Servicios de Salud.**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA**

**FACULTAD DE CINETICA HUMANA Y FISIOTERAPIA**

**BOGOTA, D.C.**

**2011**

## Tabla De Contenido

	<b>Pág.</b>
Resumen	
Introducción	
Marco Teórico	
Marco Metodológico	
Resultados y Análisis	
Discusión y Conclusiones	
Recomendaciones	
Referencias Bibliográficas	
Anexos	

## Índice De Tablas

**Pág.**

Tabla 1. Definiciones relacionadas con la actividad física	
Tabla 2. Bogotá D.C., Censo General 2005 Población Urbana Bogotá, localidad de Chapinero	
Tabla 3. Distribución por Edad	
Tabla 4. Distribución por Género	
Tabla 5. Barrio de Residencia (Distribucion por Unidad de Planeamiento Zonal UPZ)	
Tabla 6. Estrato Socioeconomico	
Tabla 7. Ocupación	
Tabla 8. Según Nivel Educativo	
Tabla 9. Distribución Según Género Masculino, Edad y Estrato Socioeconómico	
Tabla 10. Distribución Según Género Femenino, Edad y Estrato Socioeconómico	
Tabla 11. Distribución Según Realización de Actividad Física, Género y Edad	
Tabla 12. Según Realización de Actividad Física, Nivel Educativo y Estrato Socioeconómico	
Tabla 13. Según Realización de Actividad Física, Frecuencia a la Semana y Duración	
Tabla 14. Práctica Deportiva	
Tabla 15. Según Frecuencia de Consumo de Alimentos	
Tabla 16. Según Consumo de Comida Rápida, Frecuencia en el Día y en la Semana	
Tabla 17. Según Consumo de Alimentos al Día y Realización de Actividad Física	
Tabla 18. Según Consumo de Cigarrillos y Frecuencia al Día	
Tabla 19. Según Consumo de Alcohol y Frecuencia del Consumo a la Semana	

Tabla 20. Según Consumo de Alcohol, Cigarrillo y Realización de Actividad Física

Tabla 21. Según Realización de Actividad Física y la Diabetes

Tabla 22. Según Realización de Actividad Física y la Hipertensión Arterial

Tabla 23. Según Realización de Actividad Física y la Enfermedad Cardíaca

Tabla 24. Según el conocimiento de que es actividad física y cuáles son las principales definiciones

Tabla 25. Según Conocimiento de los Programas

Tabla 26. Según Participación Activa en los Programas

Tabla 27. Medios por el que se entero de la existencia de los programas

Tabla 28. Según Personal Idóneo, Tiempos Suficientes y Espacios Adecuados para la realización de los programas

Tabla 29. Según ventajas que trae asistir y participar de los programas de actividad física

Tabla 30. Calificación de los Programas

Tabla 31. Según Nivel de Satisfacción

## Índice De Figuras

**Pág.**

Figura 1. Distribución por Edad	
Figura 2. Distribución por Género	
Figura 3. Barrio de Residencia (Distribución por Unidad de Planeamiento Zonal UPZ)	
Figura 4. Estrato Socioeconomico	
Figura 5. Ocupación	
Figura 6. Según Nivel Educativo	
Figura 7. Distribución Según Género Masculino, Edad y Estrato Socioeconómico	
Figura 8. Distribución Según Género Femenino, Edad y Estrato Socioeconómico	
Figura 9. Distribución Según Realización de Actividad Física, Género y Edad	
Figura 10. Según Realización de Actividad Física, Nivel Educativo y Estrato Socioeconómico	
Figura 11. Según Realización de Actividad Física, Frecuencia a la semana y duración.	
Figura 12. Practica Deportiva	
Figura 13. Según Frecuencia de Consumo de Alimentos	
Figura 14. Según Consumo de Comida Rápida, Frecuencia en el Día y en la Semana	
Figura 15. Según Consumo de Alimentos al Día y Realización de Actividad Física	
Figura 16. Según Consumo de Cigarrillos y Frecuencia al Día	
Figura 17. Según Consumo de Alcohol y Frecuencia del Consumo a la Semana	
Figura 18. Según Consumo de Alcohol, Cigarrillo y Realización de Actividad Física	

Figura 19. Según Realización de Actividad Física y la Diabetes

Figura 20. Según Realización de Actividad Física y la Hipertensión Arterial

Figura 21. Según Realización de Actividad Física y la Enfermedad Cardíaca

Figura 22. Según el conocimiento de que es actividad física y cuáles son las principales definiciones

Figura 23. Según Conocimiento de los Programas

Figura 24. Según Participación Activa en los Programas

Figura 25. Según Personal Idóneo, Tiempos Suficientes y Espacios Adecuados para la realización de los programas

Figura 26. Según ventajas que trae asistir y participar de los programas de actividad física

Figura 27. Calificación de los Programas

Figura 28. Según Nivel de Satisfacción

## INDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo No. 1. Encuesta	

# **CARACTERIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FISICA DESARROLLADOS EN LA LOCALIDAD DE CHAPINERO**

Maicol Javier Villanueva Vera \* <sup>1</sup>

Corporación Universitaria Iberoamericana

## **Resumen**

El propósito del estudio fue establecer la caracterización de los programas de Actividad Física desarrollados en la localidad de Chapinero, basándose específicamente en los programas que adelanta el gobierno distrital y local, a través del contexto legal, las estrategias, planes y políticas relacionadas con la actividad física, los programas educativos en salud, la población que participa, los beneficios que trae para la comunidad, los aspectos sociodemográficos de los participantes, los estilos de vida saludables, la inclusión de personas en condición de discapacidad, entre otros aspectos importantes que favorecen el desarrollo de la investigación. Además se pretendieron identificar aspectos positivos para resaltarlos y fomentarlos pero también algunos negativos para contribuir al mejoramiento y a la implementación de estrategias y políticas que favorezcan el desarrollo óptimo de estos programas a nivel local y distrital.

La investigación se desarrolló a través de un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, se aplicó como instrumento una encuesta dirigida a los participantes de los programas de actividad física de la localidad de Chapinero teniendo en cuenta dentro de los criterios de inclusión que los participantes estuvieran en el rango de edad de 15 a 65 años, sin discriminación de género, ni estrato socioeconómico, que residieran en la localidad o que fueran residentes de otras localidades pero que participaran constantemente de los programas que se llevan a cabo en esta localidad.

---

\* E-mail: [mj.villanuevav@laibero.net](mailto:mj.villanuevav@laibero.net)

**PALABRAS CLAVE:** Caracterización, Programas de Actividad Física, Localidad de Chapinero.

CHARACTERIZATION OF PHYSICAL ACTIVITY PROGRAMS DEVELOPED  
IN THE TOWN OF CHAPINERO

Maicol Javier Villanueva Vera \* <sup>2</sup>

Corporación Universitaria Iberoamericana

**Abstract**

The purpose of this study was to characterize the physical activity programs developed in the town of Chapinero, based specifically on the programs that the district and local government, through the legal context, strategies, plans and policies related to the activity physical education programs in health, population involved, the benefits it brings to the community, socio-demographics of participants, healthy lifestyles, the inclusion of disabled people living in, among other important aspects that favor the research Development. It also sought to identify positive aspects to highlight and promote them but also some negatives to contribute to the improvement and implementation of strategies and policies that promote the optimal development of these programs at the local and district levels.

The research was conducted through a descriptive study of cross section, was applied as a survey instrument to the participants of physical activity programs in the town of Chapinero taking into account within the inclusion criteria were that participants in the age range 15 to 65 years, without gender or socioeconomic status, residing in the town or were residents of other locations but constantly involving programs that take place here.

Key Words: Characterization, Physical Activity Programs, City of Chapinero.

---

\* *E-mail*: [mj.villanuevav@laibero.net](mailto:mj.villanuevav@laibero.net)

## **Introducción**

La actividad física se caracteriza sin lugar a duda como uno de los más importantes agentes de los estilos de vida saludables; en los últimos años se han evidenciado diversas situaciones problema como el sedentarismo que impactan el campo de la salud pública por la generación de factores de riesgo que pueden comprometer la salud y la integridad de los individuos; lo anterior se establece debido a las condiciones de vida producto del estrés, de las actividades que realizan diariamente, además de las actividades laborales extenuantes, el bajo nivel de motivación, la falta de interés, tiempo, constancia y compromiso para participar de los programas de actividad física que se desarrollan como herramientas preventivas para la población.

Según el Manifiesto de Actividad Física Para Colombia (2002), establece que el desarrollo físico, social y mental de los individuos, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el mejoramiento o mantenimiento de la calidad de vida social y laboral, dependen no solo de las entidades gubernamentales sino de todos los integrantes de la sociedad. Hábitos como la actividad física se deben considerar como comportamientos complejos que se encuentran influenciados por diversas variables; desde esta perspectiva, las personas son parte de un gran sistema, el cual restringe el rango de su comportamiento al promover y otras veces demandar ciertas acciones.

Según Serra (2006), define la actividad física como un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal. En algunas ocasiones se utiliza como sinónimo de ejercicio físico, que es una forma de actividad física planificada y repetitiva con la finalidad de mejorar o mantener uno o varios aspectos de la condición física.

Además la práctica de la actividad física según el Manifiesto de Actividad Física Para Colombia (2002), se define como cualquier movimiento corporal voluntario que requiere de la contracción muscular y de un gasto energético mayor al de reposo; es entendida como un comportamiento humano complejo, voluntario y autónomo, que posee componentes y determinantes de orden

biológico y psico-sociocultural que produce un conjunto de beneficios en la salud; se encuentra ejemplificada por deportes, ejercicios físicos, bailes y determinadas actividades cotidianas y de recreación. Por otra parte la actividad física, el ejercicio físico y el deporte son elementos preventivos y en muchas ocasiones terapéuticos, que permitirán la mejora de la calidad de vida de la población.

Una de las consecuencias más significativas que se presenta producto de la no realización de actividad física es el estilo de vida sedentario, este se perfila como una importante causa de enfermedad, muerte y discapacidad para el mundo entero; se considera que más del 70% de las defunciones sobrevenidas en los países industrializados se produce por enfermedades en las que de algún modo intervienen factores como el sedentarismo, la obesidad, el estrés y el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales. (Manifiesto de Actividad Física para Colombia, 2002).

Debido a la problemática en materia de salud pública que afecta a la población Colombiana y de forma particular a la del Distrito Capital por la incidencia de diversos factores de riesgo predisponentes que afectan la salud, se recomienda para cualquier persona que desee llevar un estilo de vida totalmente sano, incluir la actividad física en su rutina diaria como mecanismo preventivo; de igual manera tener hábitos y estilos de vida saludables son sin lugar a duda, la única forma de disminuir los riesgos de padecer enfermedades cardiovasculares, mejorar su condición física y de paso mantener una figura saludable. (<http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/portal/node/107>)

Teniendo en cuenta todas las concurrencias de la falta de realización de actividad física en la población, en el marco del año 1999 fue creada la estrategia Muévete Bogotá por parte de la secretaria Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, programa que se estableció con el fin de sensibilizar a la ciudadanía para hacerse partícipes activos del mismo y así luchar contra la eliminación del sedentarismo. Muévete Bogotá es una invitación a que todas las personas realicen en su rutina diaria de 30 minutos de actividad física de una manera fácil, divertida y placentera; ya sea en la casa, en la oficina o en el lugar

donde se estudia; lo realmente importante es que se hagan sistemáticamente ejercicios durante cinco días a la semana, mediante rutinas de calidad para lograr efectos benéficos en los que el movimiento corporal suponga algún gasto energético que prevendrá riesgos en la salud a largo plazo. (Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte (1999), Programa Muévete Bogotá)

La ejecución del programa Muévete Bogotá contribuyó a la conformación de grandes espacios y diversos mecanismos de acción establecidos en los diferentes gobiernos de la ciudad desde 1991, actualmente la política pública distrital de deporte, recreación y actividad física, Bogotá más activa 2009 - 2019, siguen trabajando desde la generación y el fortalecimiento de hábitos y cultura activa en cuanto a la realización de actividad física, ejercicio y práctica de deportes, hasta la consolidación de espacios propios para la realización de actividades específicas como es el caso de la ciclovía los domingos, ciclovías nocturnas ocasionales, los programas de aeróbicos, actividades especiales de recreación y deporte en espacios públicos, programas de actividad física con adultos mayores, los parques biosaludables y estrategias indirectas como el día sin carro, que invitan y motivan a la población a realizar actividad física de una forma fácil, sencilla, con acceso oportuno, cobertura constante, sin límites y sin pretestos.

En Colombia y con más precisión en el Distrito Capital se evidencian diversas problemáticas en el campo de la salud pública, todas estas directamente relacionadas con los inadecuados hábitos y estilos de vida de la población capitalina, encontrándose el uso de sustancias nicotínicas y alcohólicas, la inactividad física y/o sedentarismo, procesos inadecuados nutricionales como la desnutrición, el sobrepeso u obesidad, algunos agentes predisponentes como la diabetes, hipertensión arterial y procesos hipercolesterolemicos, que son sin duda alguna los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas y/o complicaciones de las ya preexistentes; teniendo en cuenta los factores de riesgo anteriormente nombrados relacionados con el deterioro de la calidad de vida de la población y la afección de los ambientes saludables de la comunidad, se pretende realizar

un estudio de acercamiento a la actividad física como uno de los principales factores preventivos de algunas alteraciones cardiovasculares-pulmonares y osteomioarticulares.

Según el reporte de la Organización Mundial de la Salud OMS (2005), las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo y su impacto aumenta continuamente; teniendo en cuenta lo anterior la inactividad física o el estilo de vida sedentario es una importante causa de enfermedad, muerte y discapacidad, se estima que aproximadamente se presentan dos millones de muertes anuales en el mundo, Gutiérrez, Sarmiento y Flores (2002). Adicionalmente las conclusiones preliminares del estudio realizado sobre factores de los riesgo, resulta el modo de vida sedentario como una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y de discapacidad en el mundo entero. (OMS, 1999)

En Colombia, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son un problema de salud pública asociados con los estilos de vida poblacionales, cabe destacar que las crónicas no transmisibles ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte de la población en el territorio nacional, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes de tránsito; se presume que del total de muertes registradas en Colombia entre 1990 al año 2005 la mortalidad por las enfermedades crónicas se incrementó, pasando del 59% al 62.6%; teniendo en cuenta lo anterior y con relación a la realización de actividad física se encontró que el 39% de los ciudadanos mayores de 18 años no realizan ningún tipo de actividad física, mientras un 45% en su tiempo libre presentan un nivel de actividad física irregular. (Departamento Administrativo Nacional Estadístico DANE, 2005)

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) para el año 2005, determinó de acuerdo con los resultados que el 46% de la población entre 18 y 65 años eran regularmente activos, lo que indica que el sedentarismo es cada vez más frecuente; esta problemática actualmente se sigue reflejando especialmente en población más joven, con factores predisponentes como el sobrepeso y la obesidad, se estima que por lo

menos el 11.9% de la población joven padece desordenes nutricionales, siendo esto equivalente a que uno de cada cuatro jóvenes presenta esta alteración, sumándole además la baja participación en la actividad física. (Instituto colombiano de bienestar familiar, ICBF 2005).

Según el Manifiesto de Actividad Física Para Colombia (2002), en cuanto al distrito capital, mediante encuestas realizadas por el programa Muévete Bogotá del Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD) y la Alcaldía Mayor de Bogotá, en 1999 alertaban con índices del 84% de inactividad física en mayores de 18 años; por otra parte hablando específicamente de factores de riesgo que pueden afectar la salud de la población, se encuentra que el 13.9% de los adultos jóvenes no presentaban ningún factor de riesgo, 35.5% tenían uno, 32.9% dos factores de riesgo y 17.7% tres o más factores de riesgo; el consumo constante de alcohol fue el factor de riesgo más frecuente en los patrones de conglomeración en hombres, mientras que en mujeres lo fue la inactividad física en tiempo libre.

Al no poseer dicho estudio difícilmente se podrá conocer la caracterización de los programas dentro de los contextos reales en la localidad de Chapinero y sus dinámicas desde el ente gubernamental con relación a la actividad física; partiendo de esto no se podría trabajar en una de las prioridades en salud, contemplada en el Plan Nacional de Salud Pública, que busca disminuir el nivel de sedentarismo, ya que este factor de riesgo conlleva al desencadenamiento de algunas ECNT, que actualmente están representando alto costo en su manejo y tratamiento para el sistema de salud Colombiano; Ministerio de la Protección Social (2007). Por otra parte no se podrían identificar parámetros del adecuado o inadecuado desarrollo de los programas, no se conocería la percepción y características de la población que participa en los mismos, tampoco se podría crear conciencia sobre la realización de actividad física para disminuir las tasas de incidencia en enfermedades y la mejora de la calidad de vida de la población.

Finalmente, el estudio busca reconocer los planes, programas, estrategias y acciones desarrollados en la localidad de Chapinero, enmarcado

todo esto hacia la promoción de la actividad física como mecanismo preventivo para disminuir la incidencia de las enfermedades crónicas, se suman esfuerzos de la comunidad y trabajos que se están realizando en torno a esta necesidad en salud; por consiguiente y para generar un impacto en la comunidad, se hace necesario reconocer la vulnerabilidad de la población y las necesidades prioritarias, buscando establecer un análisis que permita superar los obstáculos para generar procesos de mayor actividad, accesibilidad y participación comunitaria.

Por lo anterior, y teniendo en cuenta todos los alcances de la situación descrita anteriormente, se pretendió caracterizar los programas de actividad física desarrollados en la localidad de Chapinero, así como los principales aspectos sociodemogeográficos de la población, las necesidades prioritarias encontradas en la localidad con relación a los temas de actividad física, estilos de vida saludables y los programas de actividad física que son desarrollados; teniendo en cuenta lo anterior se pudo determinar el alcance y/o retraso que se presenta ante estas necesidades, además se pudo realizar un análisis reflexivo en la comunidad, que permita generar nuevas ideas de investigación de acuerdo a otras necesidades identificables; así mismo, se estableció estrategias de mejoramiento que contribuyan con el desarrollo social que brinde estados de bienestar y mejore la calidad de vida de la población estudiada.

De esta manera, el propósito del estudio fue establecer la caracterización de los programas de actividad física desarrollados en la localidad de Chapinero, a partir de la identificación de los principales aspectos sociodemográficos de la población que participa en los programas de actividad física en la localidad de Chapinero; además de conocer las necesidades prioritarias con relación a los temas de actividad física y estilos de vida saludables, la revisión y análisis de los programas de actividad física y su funcionamiento.

Por lo tanto, el identificar y dar a conocer la caracterización que tiene el desarrollo de los programas de actividad física en la localidad de Chapinero, permitirá generar nuevo conocimiento sobre la situación real que se presenta actualmente en la localidad con respecto a los programas que se manejan y a

los adecuados o inadecuados estilos de vida, especialmente y haciendo referencia al nivel de sedentarismo y posibles factores de riesgo a los que la población está expuesta; además de esto se pretende reconocer el papel del fisioterapeuta, como profesional capacitado para el diseño, organización e implementación de estrategias, planes y programas encaminados al desarrollo de las potencialidades físicas del individuo, con el fin de contribuir con el bienestar y la mejora de la calidad de vida de la comunidad; en resumen se pretende resaltar el trabajo de esta profesión en la creación de procesos reflexivos, la intervención y el fortalecimiento activo de planes de mejoramiento y líneas de acción en materia de actividad física para la población.

Por otra parte, el estudio permitirá además del conocimiento de la problemática a estudiar, ampliar los campos del quehacer profesional del fisioterapeuta con respecto a la inclusión del mismo en áreas de la salud pública; además de la posibilidad de hacerse reconocer en el trabajo comunitario y la gestión social causando impacto en beneficio de la población.

Finalmente, este estudio generó diferentes beneficios a nivel social, ya que aportó nuevos elementos de conocimiento los cuales buscan fortalecer las estrategias de intervención, la generación de nuevas ideas y políticas de acción pública en salud, el fortalecimiento de los programas ya existentes, la posibilidad de actuar sobre los factores de riesgo y crear hábitos y estilos de vida saludables, con el fin de causar impacto en la comunidad y de brindar un completo equilibrio a nivel del bienestar físico, social y mental de la población de la localidad de Chapinero.

### **Marco Teórico**

Según la Asociación de Medicina del Deporte de Colombia (AMEDCO), en el Manifiesto de Actividad física para Colombia (2002), el estilo de vida sedentario es una importante causa de enfermedad, muerte y discapacidad; aproximadamente se presentan dos millones de muertes anuales que pueden atribuirse a la inactividad física, adicionalmente más del 70% de las defunciones sobrevenidas en los países industrializados se producen por enfermedades en las que de algún modo intervienen factores como el sedentarismo, la obesidad, el estrés y el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales; por otra parte según las conclusiones preliminares del estudio realizado sobre factores de riesgo, el modo de vida sedentaria es una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. (OMS, 1999).

Entre los datos obtenidos con encuestas de salud que se han realizado en todo el mundo tienden a ser notablemente similares, dando valores porcentuales de adultos sedentarios o casi sedentarios entre el 60% y el 85%. En Colombia específicamente en Bogotá, encuestas realizadas por el programa Muévete Bogotá del Instituto de Recreación y Deporte y la Alcaldía de Bogotá, en 1999 alertaban con el 84% de personas mayores de 18 años que no realizaban suficiente actividad física. Por otra parte la inactividad física aumenta las causas de mortalidad en general, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes mellitus tipo II y de obesidad; además aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon, próstata y de seno, hipertensión arterial, osteoporosis, depresión y ansiedad. (AMEDCO, 2002)

Finalmente se presume con relación a la realización de actividad física que el 39% de los ciudadanos mayores de 18 años no realizan ningún tipo de actividad física, mientras un 45% en su tiempo libre presentan un nivel de actividad física irregular. (DANE, 2005)

Por otro lado, en Colombia existen diversas normas, leyes y decretos que rigen el manejo de los programas de salud pública, algunas de estas donde

se describen los protocolos de intervención, programas y estrategias sobre actividad física y sedentarismo, entre ellas se encuentran:

Ley 100, Diciembre 23 de 1993 - por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral en la República de Colombia y se dictan otras disposiciones generales.

Ley 1122, Enero 09 de 2007 - Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones; dentro de esta misma ley el gobierno nacional de acuerdo con lo establecido en el artículo 33 se refiere a todo lo relacionado al Plan Nacional de Salud Pública, dentro de las prioridades del Plan Nacional de 2007 - 2010, se destaca el manejo de las enfermedades prevalentes de salud pública y los factores de riesgo.

Resolución 412, Febrero 25 de 2000, modificada y actualizada en el año 2008 - Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Plan Nacional De Salud Pública, Decreto 3039 de 2007 - Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010, en donde se caracteriza las enfermedades de prevalencia y relevancia para la salud pública.

Plan Territorial de Salud Pública, Resolución 425 de 2008 - Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

Ley 181 De Enero de 1995 - Dentro del marco normativo colombiano la Ley 181 de Enero de 1995, la cual articula la política gubernamental con respecto al fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la educación física, en el artículo primero sobre los objetivos generales afirma, «Así mismo, la implementación y fomento de la educación física para

contribuir a la formación integral de la persona en todas sus edades y facilitarle el cumplimiento eficaz de sus obligaciones como miembro de la sociedad». (República de Colombia - Ley 181 de 1995)

Ley 361 de 1997 – Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.

Política Distrital de Actividad Física - Bogotá Mas Activa - Política Pública de Deporte, Recreación y Actividad Física para Bogotá 2009 – 2019. Bogotá D.C, Octubre 29 de 2009.

Referente a la actividad física está es definida como cualquier movimiento corporal voluntario de contracción muscular con un gasto energético mayor al de reposo; entendida como un comportamiento humano complejo, voluntario y autónomo, con componentes y determinantes de orden biológico y psicosociocultural; es ejemplificada por deportes, ejercicios físicos, bailes y determinadas actividades de recreación y cotidianas. (AMEDCO 2002).

Tabla 1. *Definiciones relacionadas con la actividad física*

<b>Actividad física</b>	Es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal. <sup>4</sup> Incluye actividades de la rutina diaria, como las tareas del hogar, ir a la compra, trabajar.
<b>Ejercicio</b>	Una parte de la actividad física planeada y que persigue un propósito de entrenamiento. <sup>5</sup>
<b>Deporte</b>	Actividad física ejercida como competición que se rige por unas normas. En muchos países europeos el término deporte abarca todo tipo de ejercicios y actividades físicas realizadas durante el tiempo libre.
<b>Forma física</b>	Serie de atributos, como la resistencia, la movilidad y la fuerza, que se requieren para realizar actividades físicas.

Fuente: Instituto de Estudios del Azúcar y la Remolacha (IEDAR). Actividad física: Factor clave en la prevención de la obesidad, informe sobre azúcares y alimentos azucarados, Volumen 03, Editorial IEDAR. Madrid – España. Recuperado el 26 de Noviembre de 2011 en [http://www.iedar.es/nuevo/act\\_fisic.pdf](http://www.iedar.es/nuevo/act_fisic.pdf)

Al realizar una breve retrospectiva de la evolución de la actividad física cotidiana del ser humano es fácil apreciar la transformación hacia el sedentarismo; el hombre primitivo realizaba todas sus tareas sin la ayuda de ningún tipo de maquinaria, desde los desplazamientos hasta la obtención de alimentos representaban un esfuerzo físico importante; pasando por las diferentes etapas en la evolución, hemos llegado a la actualidad en que el ser humano de la sociedad industrializada se ha transformado en una persona extremadamente sedentaria. (IEDAR, s.f.)

El Día Mundial de la Salud 2002 estuvo dedicado a la promoción de la actividad física en toda la población mundial, bajo el lema «Por tu salud, muévete», y recientemente la OMS ha promovido una iniciativa para consolidar la celebración anual de este día dedicado a la promoción de la actividad física. Posteriormente, se ha iniciado un proceso encaminado al desarrollo de una estrategia global sobre dieta, actividad física y salud. En esta iniciativa se destaca la gran importancia de la promoción de la actividad física, la abstención del tabaco y el seguimiento de una dieta sana como pilares en la prevención de numerosas enfermedades no transmisibles; OMS (2003). Así mismo dentro de los objetivos de «Salud para todos en el año 2010», la OMS incluye la reducción de la prevalencia de sobrepeso u obesidad, así como aumentar la proporción de individuos que realizan actividad física moderada de forma regular. (OMS, 2001)

Según IEDAR (s.f), la ausencia de ejercicio se va acentuando progresivamente y cada vez afecta a edades más tempranas. Los cambios sociales de la era industrial, unidos a las transformaciones en los hábitos de ocio y la irrupción de tecnologías de la comunicación como Internet, conducen al ser humano hacia el sedentarismo, sin alternativas eficaces para combatirlo.

Hoy en día el sedentarismo es una epidemia en todo el mundo. Las principales autoridades sanitarias son conscientes de la relación entre la vida inactiva, varias enfermedades y desórdenes físicos y mentales. La OMS confirma que realizar actividad física de forma regular es uno de los principales componentes en la prevención del creciente aumento de ECNT.

En cuanto a los beneficios de la actividad física, las personas que se mantienen activas tienen por lo general menor riesgo de padecer enfermedades crónicas, especialmente enfermedad cardiovascular, obesidad, hipertensión, infarto cerebral, osteoporosis y diabetes; el ejercicio físico realizado regularmente produce una mayor sensación de bienestar general, además se ha destacado su relevancia en el control de la ansiedad, del estrés y en la mejora de la autoestima. (Pinto y Carbajal, 2003).

Las enfermedades cardiovasculares, dislipidemias y enfermedades coronarias son la principal causa de muerte en Europa. Llevar un estilo de vida activo, con un nivel moderadamente alto de ejercicios aeróbicos, puede reducir las posibilidades de contraer enfermedades cardíacas graves o morir por su causa, IEDAR (s.f). Por otra parte, el ejercicio físico normaliza los niveles de lípidos plasmáticos. En particular, eleva los niveles de lipoproteínas de alta densidad HDL (colesterol bueno), factor importante ya que los niveles bajos de HDL se asocian a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares. Además, el ejercicio físico regular produce una disminución de los niveles de triglicéridos en aquellos individuos con valores inicialmente altos, a través de una mejoría de la sensibilidad a la insulina. (Lamarche, Després y Moorjani, 1993) y Tremblay, Nadeau y Després, 1990)

La actividad física también es efectiva para reducir la grasa abdominal (cuando la grasa se acumula en la zona del estómago y cintura), que se asocia con un incremento del riesgo de padecer diabetes o enfermedades cardíacas. Estudios poblacionales han demostrado que hombres y mujeres físicamente activos tienen una relación cintura/cadera inferior que sus pares sedentarios. (IEDAR, s.f.)

Por otra parte la incidencia de la Obesidad y exceso de peso se ha triplicado en los últimos 20 años y, actualmente, un 20.4 % del mundo desarrollado presenta obesidad ( $\geq 30$ ). Existen pruebas cada vez más evidentes de que la reducción de los niveles de actividad física es un factor fundamental en el incremento de la obesidad. De hecho, parece que la medida de actividad física que se realiza puede ser un factor determinante en el desarrollo de la

obesidad, incluso más que la ingesta energética (kilocalorías). El ejercicio puede ayudar a perder peso a las personas que ya son obesas o tienen sobrepeso, si lo combinan con una dieta hipocalórica, y puede mejorar su composición corporal, ya que conserva el tejido muscular y aumenta la pérdida de grasa. Además, las personas que hacen regularmente ejercicio tienen más posibilidades de mantener la pérdida de peso a largo plazo, (Wing y Phelan, 2005). Dentro de las mayores ventajas que tiene la actividad física para las personas obesas es su efecto sobre su perfil de riesgo. Se ha comprobado que las personas obesas que logran mantenerse activas y en forma reducen el riesgo a padecer afecciones cardíacas y diabetes hasta niveles parecidos a los de las personas no obesas.

La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en adultos se ha incrementado rápidamente, en España alcanza un 12% en personas mayores de 30 años. Este aumento se atribuye frecuentemente al de la obesidad, aunque existen pruebas contundentes que demuestran que la inactividad es también un factor de riesgo; (Goodpaster y Thaete, 2000) y (Wolford y Vozaroba de Courten, 2004). Así mismo, se han realizado estudios que han demostrado que hacer ejercicio, como andar o montar en bicicleta, tres veces a la semana durante 30 - 40 minutos, puede suponer pequeñas pero significativas mejoras en el control glicémico de los diabéticos.

Dentro de la Presión Arterial. el ejercicio físico ejerce un efecto muy beneficioso sobre las personas hipertensas, disminuyendo sus cifras tensionales. Esta disminución de la presión sanguínea con la actividad física ocurre tanto en normotensos como en hipertensos y es independiente de la pérdida de peso. Whelton, Chin, Xin y He (2002); Kelley GA, Kelley KA y Tran (2000 – 2001).

Según el IEDAR (s.f.), hacer ejercicio de forma regular puede ser beneficioso para los desórdenes y enfermedades que afectan a los músculos y los huesos (como la osteoartritis, el dolor lumbar y la osteoporosis); además hacer deporte ayuda a fortalecer los músculos, tendones y ligamentos y a densificar los huesos, también el ejercicio es eficaz para prevenir dolores

lumbares y reduce la reincidencia de los problemas de espalda. Por otra parte no se ha demostrado que la actividad física ayude a prevenir la osteoartritis, pero se ha comprobado que caminar reduce el dolor, la rigidez y la discapacidad, además de mejorar la resistencia, la movilidad y la calidad de vida en general.

Teniendo en cuenta lo anterior hacer deporte, lo que incluye ejercicios en los que se cargue con el peso del cuerpo, además de actividades entre moderadas e intensas, puede incrementar la densidad mineral y el tamaño de los huesos en adolescentes, ayudar a mantenerlo en los adultos y ralentizar su descenso en los ancianos. Esto puede contribuir a prevenir o retrasar la aparición de osteoporosis, pero no puede invertir el proceso una vez que se ha desarrollado la enfermedad.

De igual forma, existen numerosos estudios que han demostrado que la actividad física reduce la depresión clínica, estos han documentado mejoras en la salud subjetiva, el estado de ánimo y la emotividad, así como en la autopercepción de la imagen del cuerpo y la autoestima física. Es más, tanto los períodos cortos de actividad como el entrenamiento deportivo o continuado reducen la ansiedad y mejoran las reacciones ante el estrés, así como la calidad y extensión del sueño. También se ha demostrado que el ejercicio mejora algunos aspectos del funcionamiento mental como la planificación, la memoria a corto plazo y la toma de decisiones. (IEDAR, s.f.)

Los beneficios de la actividad física están presentes en todas las etapas de la vida, durante la niñez y la adolescencia, el ejercicio físico practicado regularmente es una herramienta de primer orden en la prevención de muchas enfermedades que se manifiestan generalmente muchos años después, como la obesidad y la osteoporosis, también ayuda en la prevención de hábitos de vida poco saludables como el consumo de drogas; en los adultos cumple un rol fundamental en la prevención y el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, de los dolores de espalda y la prevención de los estados de ansiedad y depresión. Finalmente, durante la tercera edad, la actividad física juega un papel fundamental en la prevención y el tratamiento del declive de las

capacidades psico-físicas que comienzan a manifestarse de modo muy significativo a estas edades, disminuyendo la posibilidad o el riesgo de presentar demencia y/o Alzheimer. (IEDAR, s.f.)

Por otro lado, la AMEDCO (2002), invita a trabajar en diferentes ámbitos para combatir la inactividad física. En el manifiesto de actividad física para Colombia no se pretende realizar una revisión extensa de acciones a realizar, más si de recalcar la importancia de varios elementos básicos para la implementación de programas de actividad física:

En el ámbito Gubernamental, hacer de la actividad física un tema de relevancia como elemento de promoción de la salud, incorporándolo en los programas y políticas nacionales, regionales y locales de los distintos estamentos gubernamentales, en donde se propone:

Estimular, orientar y controlar el cumplimiento de las entidades prestadoras de servicios en salud para que la actividad física, la recreación y el deporte sean incluidas como herramientas de promoción de la salud, la prevención de patologías, el tratamiento y rehabilitación de ellas en el marco de la legislación colombiana.

Supervisar centros recreativos, gimnasios y cajas de compensación para la práctica sana de la actividad física dirigida y controlada por personal capacitado para tal objeto.

Crear políticas para incentivar la actividad física limitando al máximo los mensajes contradictorios como: “adelgace en pocos días sin esfuerzos, sin ejercicio”, o que el ejercicio o deporte sea patrocinado por empresas licoreras o tabacaleras. (Gutiérrez, Sarmiento y Flores, 2002)

En el ámbito educativo, se propone mantener, y estimular la clase de educación física en colegios manteniendo el espacio para la realización de actividad física a nivel curricular observando la importancia en el desarrollo del ser humano no sólo a nivel preescolar y escolar sino también a nivel universitario y tecnológico, creando en estos últimos, estímulos no solo a deportistas de alto rendimiento sino al practicante de actividad física recreativa.

Así mismo, facilitar el espacio y los materiales necesarios para la participación segura en las escuelas, colegios y universidades, entre otros centros educativos.

Velar para que el personal que asuma la responsabilidad profesional de enseñar la educación física y el deporte tenga el entrenamiento y conocimiento apropiado del tema.

Desarrollar, implementar y evaluar los programas educativos no sólo a nivel curricular sino extracurricular, para incrementar el apropiamiento de los beneficios físicos, psicológicos y sociales a través de la actividad física, involucrando la participación y protagonismo del cuerpo docente y padres de familia.

En el ámbito de las Entidades de Salud, incluir la actividad física como elemento preventivo y terapéutico en los programas de prevención y promoción de la salud (Decreto Ley 1298 de 1994 o Resolución 3997 de 1996), en donde se pretende:

Incluir la actividad física como herramienta terapéutica en el tratamiento de enfermedades crónicas y osteomusculares.

Capacitar al personal médico y paramédico sobre la importancia de la implementación de programas y asesorías adecuadas para el paciente sobre la práctica de actividad física.

Estimular en los usuarios la realización sana de la actividad física, brindando apoyo científico a quienes así lo requieran.

En el ámbito Comunitario, se propone incrementar programas y actividades que involucren la actividad física, bien sea caminatas, paseo recreo-deportivos, actividades al aire libre, vinculaciones con colegios o universidades, entre otros.

Vincular y capacitar líderes comunitarios (grupos de jóvenes, religiosos, directores de grupos de trabajo, dirigentes gubernamentales y demás individuos que trabajen o estén relacionados con las comunidades, etc.) sobre programas de actividad física.

Brindar seguridad en los parques o instalaciones donde se pueda realizar actividad física.

Aumentar las oportunidades para iniciación y mantenimiento de comportamientos activos, que permitan un estilo de vida saludable y alegre.

Respecto a los Centros Recreativos y Cajas de Compensación, se propone estimular la práctica sana de la actividad física, incrementar programas y actividades que involucren actividad física como caminatas, paseo recreo-deportivos, actividades al aire libre, vincular colegios o universidades para la realización de programas conjuntos, entre otros.

Así mismo, unirse a organizaciones voluntarias, sociales de deporte y recreación que tengan programas que promuevan estilos de vida saludables y estimular la formación del personal médico y de ciencias aplicadas al ejercicio que pertenezcan a las instituciones.

En el ámbito de las Asociaciones Científicas, se propone promover y apoyar programas educativos y de investigación que involucren actividad física y deporte, intercambiar documentos e información acerca de la actividad física, apoyar y asesorar diferentes estamentos gubernamentales y no gubernamentales para la implementación y elaboración de programas de actividad física y establecer campañas de educación a médicos y paramédicos, y al público en general promoviendo la actividad física.

En el ámbito Empresarial, se propone incluir dentro del programa de salud ocupacional y ergonomía la actividad física como elemento protector de salud para que tenga un proceso y una continuidad dichos programas, mostrar la importancia de la actividad física a sus empleados asesorando la realización de la misma permitiendo un adecuado acondicionamiento físico antes de pensar en la organización de competencias, promover y brindar el espacio físico y de tiempo para la realización de actividad física sana en la empresa e involucrar la participación y protagonismo del cuerpo administrativo en los programas de actividad física.

En el ámbito de la Red Mundial para la actividad física, se pretende estimular el desarrollo de investigaciones con rigor científico para la

implementación de programas modelo de actividad física a nivel comunitario, estimular e intercambiar experiencias en los diferentes países sobre intervenciones en actividad física y crear medios de información, capacitación y movilización de líderes en los diferentes países y regiones que promuevan la actividad física como elemento constitutivo del desarrollo humano.

En el ámbito Individual, se pretende identificar y desarrollar estrategias de cambios de comportamiento que le permitan incrementar el nivel de actividad física como: establecimiento de objetivos, auto-monitorización, identificación y uso apropiado de estímulos, identificación de barreras y estrategias para removerlas, prevención y recuperación de lapsos de abandono, reconocer y concientizarse de los beneficios de la práctica de actividad física moderada.

Así mismo, se propone realizar 30 minutos diarios de actividad física moderada la mayoría de los días a la semana, en una sola sesión o acumulando 2 a 3 sesiones de 10 a 15 minutos respectivamente durante el día sino realiza ninguna actividad física previamente (p.ej. 4.5 km/h ó 150 calorías/día).

Aumentar el nivel de actividad física de practicante irregular (menos de dos veces por semana) a regular (tres a cinco veces por semana). La realización de actividades físicas más fuertes, dentro de los límites individuales, trae beneficios adicionales, mejorando la aptitud física.

Mantener niveles de actividad física regular o muy activo (más de cinco veces por semana).

Según la Secretaria de cultura, recreación y deporte y el Instituto Distrital de Recreación y Deporte (1999). El Programa Muévete Bogotá es una estrategia pedagógica, promocional y de intervención que busca modificar el estilo de vida de los habitantes de Bogotá a través de acumular por lo menos 150 minutos a la semana de actividad física, con el propósito de mejorar la calidad y experiencia.

Su objetivo es promover la práctica regular de actividad física en los habitantes de Bogotá a través de estrategias de información, educación y

comunicación, prestando asesoría y acompañamiento en la formulación de proyectos de actividad física al interior de las instituciones de los diferentes ámbitos.

El cubrimiento del programa y su divulgación se logra a través de diferentes campañas y estrategias destinadas a promover la práctica regular de actividad física, para tal efecto, conformó la denominada red de Instituciones Amigas. Por otra parte Muévete Bogotá fue exaltado por el Comité Olímpico Internacional, como el mejor Programa de Promoción de Actividad Física en Latinoamérica.

Basado en las recomendaciones actuales de la OMS 2010, recomienda la practica regular de actividad física donde los adultos deben acumular por lo menos 150 minutos de actividad física de moderada intensidad o 75 minutos de actividad vigorosa y niños y adolescentes realizar 60 minutos diarios de actividad física de moderada a vigorosa. Orientada a los ámbitos educativo, laboral y comunitario ha desarrollado diferentes estrategias como: Muévete Trabajador, Muévete Escolar, Módulos Recomendación de Actividad Física (RAFI) y eventos especiales como el Día Mundial de la Actividad Física, Desafío Local y Encuentros Saludable y Activos. Finalmente la práctica regular de actividad física contribuye a un excelente estado de salud física y mental.

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada en el 2007 muestra cómo los factores de riesgo tales como Hipertensión, sobrepeso y obesidad, entre otros, han tenido un incremento sustancial en los últimos años. Según la ENS el 22.2% de la población encuestada en Bogotá presentan Hipertensión, el 3.5% Diabetes, el 34.4% sobrepeso y el 11.5% obesidad en población entre los 18 a 69 años. Estos factores de riesgo están asociados con alimentación inadecuada y falta de actividad física, es decir, con los estilos de vida.

En la ENSIN 2005 se encontró que sólo el 42.6% de la población son suficientemente activos teniendo en cuenta las actividades que se realizan durante todo el día, (Encuesta Nacional De Situación Nutricional En Colombia ENSIN 2005). Ante este panorama, es necesario diseñar estrategias que afecten de manera positiva la calidad de vida de los bogotanos, teniendo en

cuenta que la actividad física y la alimentación adecuada contribuyen de manera importante a la reducción de la progresión o desarrollo de enfermedades crónicas. Por lo tanto, la promoción de hábitos y/o estilos de vida saludables en los bogotanos es una prioridad en Salud pública. (Secretaría de cultura, recreación y deporte – Instituto Distrital de Recreación y Deporte, 1999).

Según la Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte (2009), la política pública de deporte, recreación y actividad física para Bogotá 2009-2019, se denomina “Bogotá más activa”, la cual representa una nueva visión del sector, y expresa la necesidad de identificar y coordinar las tareas del deporte, la recreación, la actividad física, los parques y escenarios de Bogotá en la formulación de una política pública intersectorial, con enfoque de derechos e incluyente.

La política “Bogotá más activa” asume una definición amplia del sector, que entiende el deporte como un derecho, reconociendo una complementariedad entre sus dos aspectos, el deporte para todos y el deporte de alto rendimiento, cada uno esencial y no excluyente, que contribuyen mutuamente a su éxito; la recreación entendida como un derecho esencial para el desarrollo humano y social, fundamental en todas las comunidades y culturas del mundo; y la actividad física como una práctica regular y sistemática, que aporta beneficios a la salud física, emocional y psíquica de las personas. La política considera la necesidad de articular el deporte, la recreación y la actividad física con la educación física, los parques y los escenarios, así como con sectores privados y públicos como la salud, la educación, el ambiente, la movilidad, el gobierno, el hábitat, la planeación y la hacienda, con el propósito de que las políticas públicas distritales operen de forma intersectorial, en beneficio del desarrollo de la ciudad.

El gobierno distrital presenta a la comunidad “Bogotá más activa”. Política Pública de Deporte, Recreación y Actividad Física para Bogotá 2009-2019, que centra sus esfuerzos en mejorar las condiciones ambientales e institucionales que permitan incrementar los niveles de práctica del deporte, la

recreación y la actividad física en los habitantes de Bogotá en los próximos diez años y, a su vez, contribuir en el desarrollo de Bogotá y en el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes. Los componentes de esta política pública giran en torno a cinco grandes objetivos:

1. Aumentar la participación.
2. Fortalecer la institucionalidad.
3. Ampliar la formación.
4. Optimizar la información y la comunicación.
5. Mejorar los parques, escenarios y entornos.

Respecto al desarrollo de la política, esta se desarrollo en diversas etapas, la primera etapa se adelantó en el segundo semestre de 2008, y tuvo tres enfoques: el primero fue darle una gran relevancia y permitir la interacción de los distintos actores del sector y de otros sectores, tanto públicos como privados; el segundo fue una mayor participación propositiva y proactiva de la comunidad de las veinte localidades, que complementó los estudios técnicos y especializados, gracias a lo cual se logró una mejor identificación de los grandes retos de la política pública que requiere Bogotá para el periodo de 2009 a 2019, y el tercero fue la selección objetiva de una institución de educación superior que garantizara la neutralidad y transparencia necesarias para lograr la confianza que alentara a la comunidad a participar.

La segunda etapa en la construcción de la política pública, realizada en el primer trimestre de 2009, consistió en la elaboración y socialización del primer documento de la política pública de deporte, recreación, actividad física, parques y escenarios para Bogotá 2009-2019. Este documento consideró los resultados de la etapa anterior, y se complementó con las conclusiones de algunas investigaciones del sector, así como con las sugerencias presentadas por expertos sectoriales, nacionales e internacionales, y por representantes de las alcaldías locales, del Instituto de Recreación y Deporte (IDRD), de las cajas de compensación familiar, las instituciones del deporte asociado y diferentes secretarías del Distrito Capital.

La tercera etapa se adelantó durante seis meses (entre abril y octubre de 2009), e incluyó dos pasos: el primero fue la realización de nuevas reuniones con actores del sector y de otros sectores, con el fin de recibir la retroalimentación sobre la versión preliminar del documento de política pública de abril de 2009, elaborado en la etapa anterior, para realizar el ajuste del documento de política pública (versión de junio de 2009) y un segundo paso, que consistió en la elaboración y aprobación de la tercera versión del documento (versión aprobada), cuyo título final fue definido como “Bogotá más activa”. Política Pública de Deporte, Recreación y Actividad Física para Bogotá 2009-2019.

Por otra parte el modelo de formulación de la Política Pública de Deporte, Recreación y Actividad Física para Bogotá 2009-2019 que resultó de esta primera etapa, y que fue presentado por la Universidad de los Andes, la entidad seleccionada para coordinar la primera etapa de este proceso, permitió identificar unas variables clave (entradas, fines, medios y resultados), que se constituyeron en la base fundamental para la definición de esta política. Este modelo considera al ciudadano como el eje central de la política pública, razón por la cual su punto de partida son los actores y recursos puestos al servicio de esta política. Más adelante se identificaron cuatro pilares u objetivos estratégicos de la política (sus nortes visibles u horizontes deseables: educación, institucionalidad, gestión local y sostenibilidad ambiental), que se apoyan en tres medios estratégicos para su ejecución (participación ciudadana, alianzas y sostenibilidad financiera). Finalmente, se proyectó como resultado deseable contar con una oferta diferenciada, diversificada y de óptima calidad, al servicio de un ciudadano activo.

Con frecuencia, las relaciones e interacciones entre el deporte, la recreación, la actividad física y la educación física presentan fronteras tenues, con notorias diferencias en el desarrollo propio de cada una, pero que se entrelazan y generan sinergias que complementan sus procesos, haciendo énfasis en que ninguna es más relevante que otra, sino que son transversales y que interactúan entre sí.

Así mismo, en la actualidad los bogotanos cuentan con Parques Biosaludables para todo el público pero que van dirigidos de forma especial al Adulto Mayor. Están ubicados en los Parques El Virrey, en El Tunal, el Virrey Sur, Parque El Country, el Parque El Nogal y Los Novios (también conocido como Parque El Lago).

Los escenarios Biosaludables cuentan con aparatos especializados de ejercicio a disposición de todos los bogotanos, en especial de los adultos mayores, que son realidad gracias al auspicio de empresas privadas como Colsanitas y el IDR, entidad adscrita a la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte.

Este tipo de proyectos, que actualmente existe en países como España y Portugal, pone a disposición de los bogotanos aparatos de fácil manejo, gran versatilidad y escaso mantenimiento, que se van integrando en los espacios naturales de deporte y entretenimiento de las personas, de la misma forma que en el pasado lo hicieron juegos infantiles como los columpios, los rodaderos y demás.

En su intención de estimular la práctica del ejercicio como una alternativa de promoción de la salud y el bienestar, la administración distrital y Colsanitas, han querido dar vida en Colombia a esta iniciativa que busca suplir las necesidades de todas las personas, poniendo al alcance de la población estos Parques Biosaludables que permiten la práctica de un ejercicio seguro y a la vez sin costo.

El Parque Biosaludable brinda un aporte a las oportunidades de los bogotanos de conseguir en espacios públicos ese equilibrio físico y mental que las personas necesitan en cada momento de su vida, además cuenta dentro de su dotación con 11 aparatos de ejercicio que ofrecen alternativas de calentamiento, ejercicios de tonificación muscular y estiramiento, como es el caso de:

- Elíptica
- Balancín
- Discos Móviles

- Brazos altos y espalda
- Caballito
- Caminadora
- Pedales
- Barras paralelas
- Hula Hula Recto
- Espaldas doble cabina
- Masajeador de Espalda

Con todas las herramientas anteriores se pretende fomentar el uso de cada una por 10 minutos y realizar todo el ciclo a lo largo de una hora y 50 minutos para obtener un acondicionamiento físico ideal.

Según la Alcaldía Local de Chapinero (2008), la localidad dentro del plan de desarrollo económico, social y de obras publicas locales del periodo 2009 – 2012 llamado “Bogotá Positiva: Para vivir mejor – Chapinero diversidad positiva”, tiene como objetivo general avanzar en el afianzamiento de las condiciones de calidad de vida de la población tanto residente como flotante, para ser una Localidad acogedora, justa y equitativa en la que se reconozcan, garanticen y restablezcan los Derechos Humanos, así mismo donde se promueva la diversidad y sea posible la convivencia, protegiendo la vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y buscando el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

La misión es garantizar la construcción colectiva de la Localidad en sus espacios urbano y rural, a través de un proceso participativo, pedagógico y preventivo en el que se promueva el respeto y el ejercicio de los Derechos Humanos, se estimule el desarrollo humano integral, se mejoren las condiciones generales de vida de la población residente y flotante, se consolide un desarrollo económico que incluya a los grupos poblacionales en mayor vulnerabilidad, y se potencie su vocación de proveedora y prestadora de servicios profesionales, turísticos, culturales y la vocación ecológica de la Localidad.

En cuanto a la visión Chapinero en el 2019 será una localidad acogedora, humana, cultural, emprendedora, respetuosa de la diversidad, productiva y moderna, que actúa local, interinstitucional e intersectorialmente dentro del esquema de Región Capital, que desarrolla plenamente sus capacidades disponibles, en armonía con la naturaleza y en la que todos sus habitantes, residentes y flotantes, se sientan actores indispensables para lograr una convivencia armónica, basada en la solidaridad, mejorando así su calidad de vida en el marco del Estado Democrático y Social de Derecho.

Dentro de los programas que promueven la actividad física en este plan de desarrollo se encuentra Actívate Bogotá, estrategia que busca la participación deportiva de la población en eventos y encuentros programados por la localidad, además el equipo de mi barrio como herramienta de motivación para la realización de actividad física dentro de los barrios de la localidad.

La localidad de chapinero se encuentra ubicada en el oriente de la capital de la República de Colombia, tiene un extensión total que cubre 3.899 hectáreas, el 35.1% es considerado área urbana; el 23.1%, área amanzanada; el 20.4%, área residencial, y el 21.2%, área rural protegida, va de la calle 39 a la calle 100, desde la Avenida Caracas hasta los Cerros Orientales. Limita con las localidades de Santa Fe, al sur; Teusaquillo y Barrios Unidos, al occidente; Usaquén, al norte, y con los municipios de Choachí y La Calera, al oriente. Al norte, limita con la calle 100 y la vía a La Calera, que la separan de la Localidad de Usaquén. Por el occidente, el eje vial Autopista Norte-Avenida Caracas la separa de las localidades de Barrios Unidos y Teusaquillo. En el oriente, las estribaciones del Páramo de Cruz Verde, la “Piedra de la Ballena”, los cerros Pan de Azúcar y La Moya marcan el límite entre la localidad y los municipios de La Calera y Choachí. El río Arzobispo define la frontera sur con la Localidad de Santa Fe, (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004).

En 1965, por acuerdo del Concejo, Chapinero se transformó en barrio de Bogotá. En cuanto a los acuerdos que dan nacimiento a las alcaldías locales, se destacan los siguientes: el Acuerdo 26 de 1972, que crea 16 Alcaldías Menores del Distrito Especial de Bogotá, pasando Chapinero a integrar con

otros barrios circunvecinos la Alcaldía Menor de Chapinero, administrada por el alcalde menor, correspondiéndole como nomenclatura el número 2, con límites determinados, ratificada mediante el Acuerdo 8 de 1997.

La localidad cuenta con cinco Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ): Chapinero 99, San Isidro Patios 89, Pardo Rubio 90, El Refugio 88, Chicó Lago 97. Por número de habitantes, Chapinero es la quinta localidad más pequeña; según el Censo de 2005 ocupa la posición 15, con 122.089 personas, un 1.80% del total de la Ciudad. Por sexo, el 55% constituida por mujeres y el 45% por hombres. Por rango de edad, el 60% de su población está entre los 15 y los 55 años.

La tasa de crecimiento promedio anual entre 2003 y 2007 según las Encuestas de Vida para esos años fue de 1.5 para Bogotá. En ese intervalo de tiempo Chapinero reportó una Tasa de crecimiento promedio anual de sólo 1.1 que la ubica dentro de las localidades consideradas de población estacionaria o de crecimiento nulo o negativo: Igual número de personas aproximadamente en todos los grupos de edades, con una reducción gradual en las edades más avanzadas.

Tabla 2. Bogotá D.C., Censo General 2005 Población Urbana Bogotá, localidad de Chapinero

Edades	Total	Sexo		Total	Sexo	
		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer
Total Bogotá D.C.						
Total	6.778.691	3.240.469	3.538.222	122.089	55.275	66.814
0 a 4	564.995	288.534	276.461	5.988	3.092	2.896
5 a 9	624.982	318.019	306.963	6.096	3.161	2.935
10 a 14	608.056	307.600	300.456	6.310	3.200	3.110
15 a 19	584.127	286.413	297.714	9.252	4.283	4.969
20 a 24	647.890	310.213	337.677	13.683	6.081	7.602
25 a 29	613.641	294.000	319.641	13.513	6.094	7.419
30 a 34	539.107	257.473	281.634	10.843	5.092	5.751
35 a 39	524.063	246.921	277.142	9.067	4.265	4.802
40 a 44	501.515	233.046	268.469	8.884	4.042	4.842
45 a 49	421.800	193.045	228.755	8.411	3.570	4.841
50 a 54	329.817	149.990	179.827	7.416	3.119	4.297
55 a 59	254.475	115.591	138.884	6.219	2.684	3.535
60 a 64	187.522	84.860	102.662	4.637	2.068	2.569
65 a 69	136.518	58.776	77.742	3.719	1.491	2.228
70 a 74	100.423	42.177	58.246	2.842	1.120	1.722
75 a 79	73.089	29.633	43.456	2.476	999	1.477
80 a 84	39.378	14.800	24.578	1.528	538	990
85 a 89	19.068	6.617	12.451	807	272	535
90 a 94	6.364	2.126	4.238	323	86	237
95 a 99	1.547	471	1.076	67	15	52
100 a 104	230	105	125	6	1	5
105 a 109	51	34	17	2	2	-
110 a 115	33	25	8	-	-	-

Fuente: Secretaria de cultura, recreación y deporte (2008).

## **Marco Metodológico**

### Tipo de Estudio

Esta Investigación se desarrolló a través de un estudio de tipo descriptivo en el cual se realizó la caracterización de los programas de actividad física desarrollados en la localidad de Chapinero.

### Método

Se utilizó un método de corte transversal puesto que el instrumento fue aplicado en un único momento el tiempo y se dieron resultados inmediatos.

### Participantes

Debido a que no se conocía la población total que participaba de los programas de actividad física desarrollados en la localidad por inexistencia de censos estadísticos, se encuestaron 240 personas que participaban en los programas de actividad física en la ciclovía del día 22 de Mayo de 2011; se tuvo en cuenta una muestra de 154 participantes resultado de la herramienta cálculo de la muestra del programa para análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT, Versión 3.1, donde se obtuvo este muestreo intencional, además se llevo a cabo un Muestro Aleatorio Simple mediante la herramienta selección muestral del mismo programa para escoger los 154 participantes de los 240 encuestados inicialmente .

### Criterios de Inclusión

Dentro de los criterios de inclusión se tuvo en cuenta que los participantes podrían ser hombres o mujeres, edades dentro del rango de 15 a 65 años, residentes en la localidad de chapinero o residentes de otras localidades que constantemente participen en los programas de actividad física desarrollados en la localidad de chapinero.

### Instrumento

El instrumento se aplico en la ciclovía el día 22 de Mayo de 2011, consistía en una encuesta con 39 preguntas relacionadas con características sociodemograficas de la población, los hábitos y estilos de vida saludables, algunas relacionadas con la actividad física en general, otras con relación a los programas y la percepción que tienen ellos sobre la implementación de los

mismos y finalmente algunos parámetros que permiten medir la percepción y el impacto social que fue el principal objetivo de este estudio.

Procedimiento

FASE I. Construcción Bibliográfica

FASE II. Construcción de los instrumentos

FASE III. Aplicación de los instrumentos y Resultados

FASE IV. Análisis de los resultados y conclusiones

### Resultados

A continuación se describen los datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los participantes.

Caracterización Sociodemográficas:

Tabla 3. *Distribución por Edad*

EDAD	POBLACIÓN
15 - 19	20
20 - 24	34
25 - 29	36
30 - 34	17
35 - 39	15
40 - 44	11
45 - 49	8
50 - 54	5
55 - 59	4
60 - 64	4
<b>TOTAL</b>	<b>154</b>

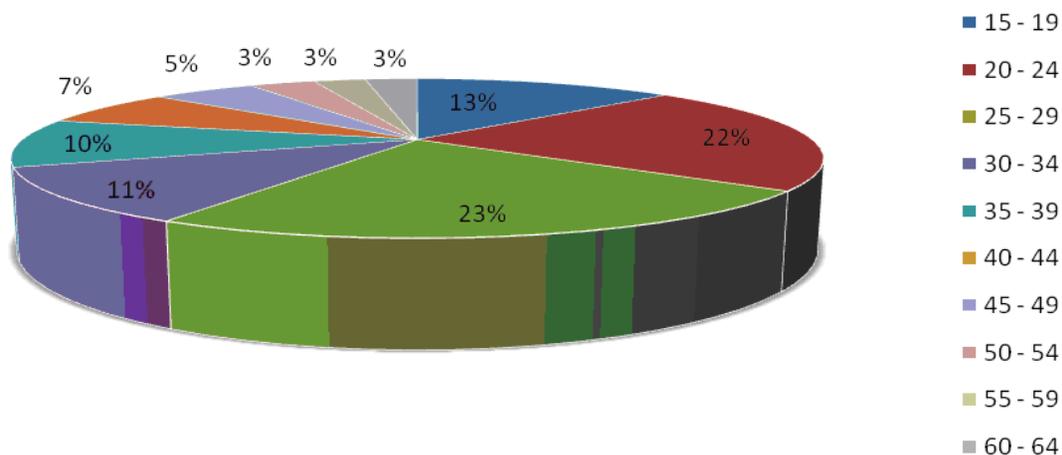


Figura 1. Distribución por Edad

Del 100% de la población encuestada que participa activamente en los programas de Actividad Física desarrollados en la localidad de Chapinero, según rangos de edad, la mayor frecuencia se ubica con un 23% entre los 25 a 29 años con un total de 36 participantes, seguido del rango comprendido

entre 20 a 24 años con un 22%, equivalente a 34 participantes; con respecto a la menor frecuencia de participación se encuentran los rangos de 55 a 59 años y de 60 a 64 años con un 3% y un total de 4 participantes cada uno.

Tabla 4. *Distribución por Género*

GENERO	POBLACION	PORCENTAJE
MASCULINO	73	47%
FEMENINO	81	53%
<b>TOTAL</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

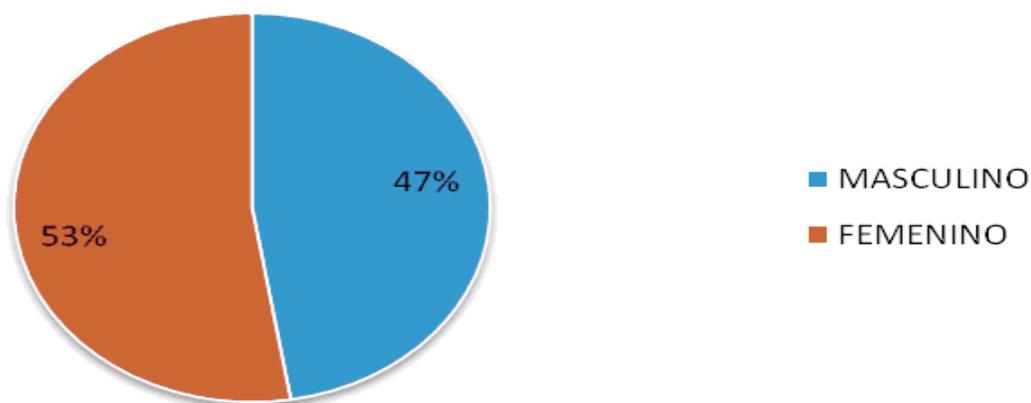


Figura 2. *Distribución por Género*

Del 100% de la muestra de la población que participa activamente en los programas de Actividad Física desarrollados en la localidad de Chapinero según Género, se encontra que la población con mayor participacion es la de genero femenino con el 53% del total de la poblacion, equivalente a 81 participantes, mientras el genero masculino cuenta con la participacion de 47% equivalente a 73 participantes.

Tabla 5. *Barrio de Residencia (Distribucion por Unidad de Planeamiento Zonal UPZ)*

BARRIO	POBLACION
EL REFUGIO	24

SAN ISIDRO - PATIOS	11
PARDO RUBIO	36
CHICO LARGO	15
CHAPINERO	46
OTRAS LOCALIDADES	22
<b>TOTAL</b>	<b>154</b>

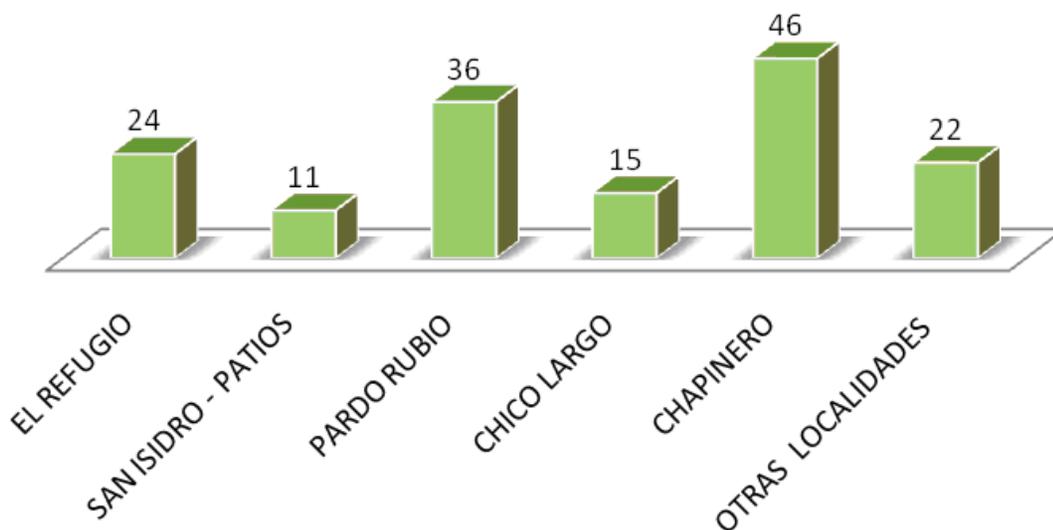


Figura 3. Barrio de Residencia (Distribución por Unidad de Planeamiento Zonal UPZ)

De los 154 individuos encuestados, que participan activamente de los programas de actividad física desarrollados en la localidad de Chapinero, según barrio de residencia se puede evidenciar que de acuerdo a la unidad de planeamiento zonal de la localidad, los residentes que activamente participan en los programas son los de la zona de Chapinero con un total de 46 participantes, comprendiendo los barrios de Cataluña, Chapinero Central, Chapinero Norte, Marly y Sucre; por otra parte se puede evidenciar que otros provienen de localidades diferentes con un total de 22 participantes superando los de la UPZ de Chico Largo y San Isidro - Patios.

Tabla 6. Estrato Socioeconomico

ESTRATO SOCIOECONOMICO	POBLACION
ESTRATO 3	36

ESTRATO 4	82
ESTRATO 5	25
ESTRATO 6	7
NO SABE / NO RESPONDE	4
<b>TOTAL</b>	<b>154</b>

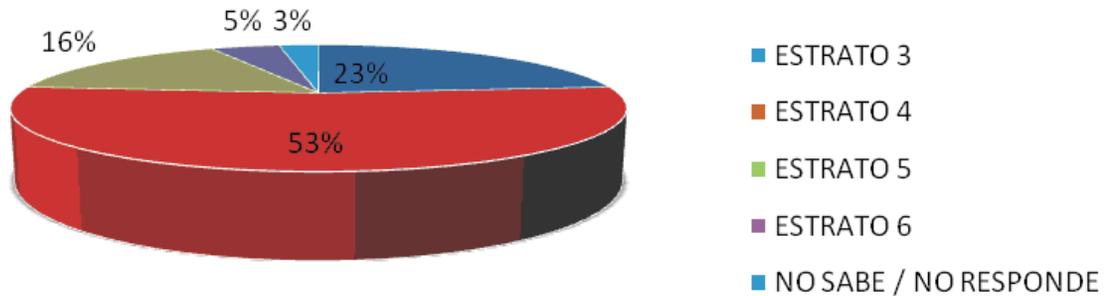


Figura 4. Estrato Socioeconomico

Del 100% de la población encuestada que participa activamente de los programas de actividad física desarrollados por la localidad de Chapinero según estrato socioeconómico, se puede evidenciar que la mayor prevalencia de participación se encuentra el estrato 4, con un 53%, equivalente a 82 participantes, seguido del estrato 3 con un 23%, equivalente a 36 participantes.

Tabla 7. Ocupación

OCUPACION	POBLACION	PORCENTAJE
RELACIONADA CON SU PROFESION	38	24.68%
HOGAR	6	3.90%
AUXILIARES, TECNICOS Y OPERARIOS	6	3.90%
ESTUDIANTES	53	34.42%
OTRAS	42	27.27%
NO RESPONDEN	9	5.84%
<b>TOTAL</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

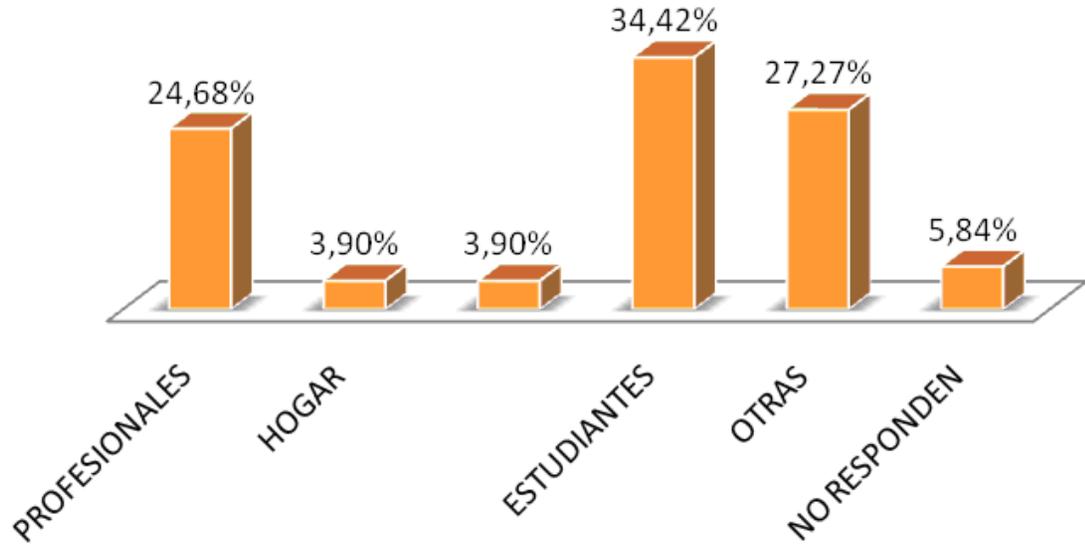


Figura 5. Ocupación

La ocupación de la gran mayoría de la población del estudio es la de Estudiante con un 34.42%, equivalente a 53 participantes.

Tabla 8. Según Nivel Educativo

NIVEL EDUCATIVO	POBLACION
PRIMARIA	1
BACHILLERATO	28
TECNICO O TECNOLOGO	40
PROFESIONAL	69
POSTGRADO	14
NINGUNA	1
NO RESPONDE	1
<b>TOTAL</b>	<b>154</b>

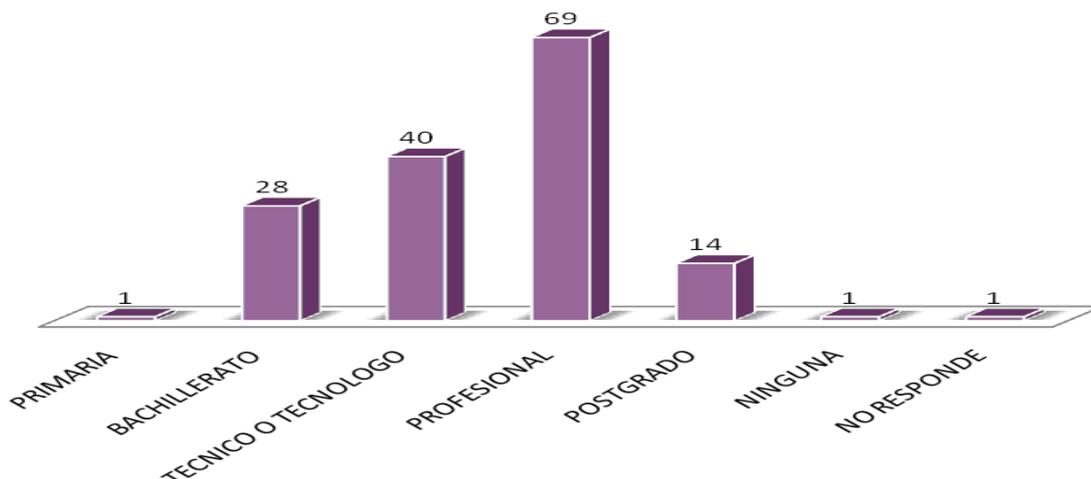


Figura 6. Según Nivel Educativo

El nivel educativo de la población encuestada que participa activamente en los programas de actividad física desarrollados en la localidad de Chapinero, es con 69 participantes profesionales, solo 14 de ellos tienen un postgrado, 40 participantes son técnicos o tecnólogos y 28 solamente bachilleres.

Tabla 9. Distribución Según Género Masculino, Edad y Estrato Socioeconómico

MASCULINO	ESTRATO 3	ESTRATO 4	ESTRATO 5	ESTRATO 6	NO RESPONDE
DE 15 A 19	3	7		2	1
DE 20 A 24	1	1	1		1
DE 25 A 29	4	10	4		
DE 30 A 34	1	4	2		
DE 35 A 39		3	3	1	
DE 40 A 44	1	6	1		
DE 45 A 49	2	2	1		
DE 50 A 54	1	2			
DE 55 A 59	3	1			
DE 60 A 64		2	1		

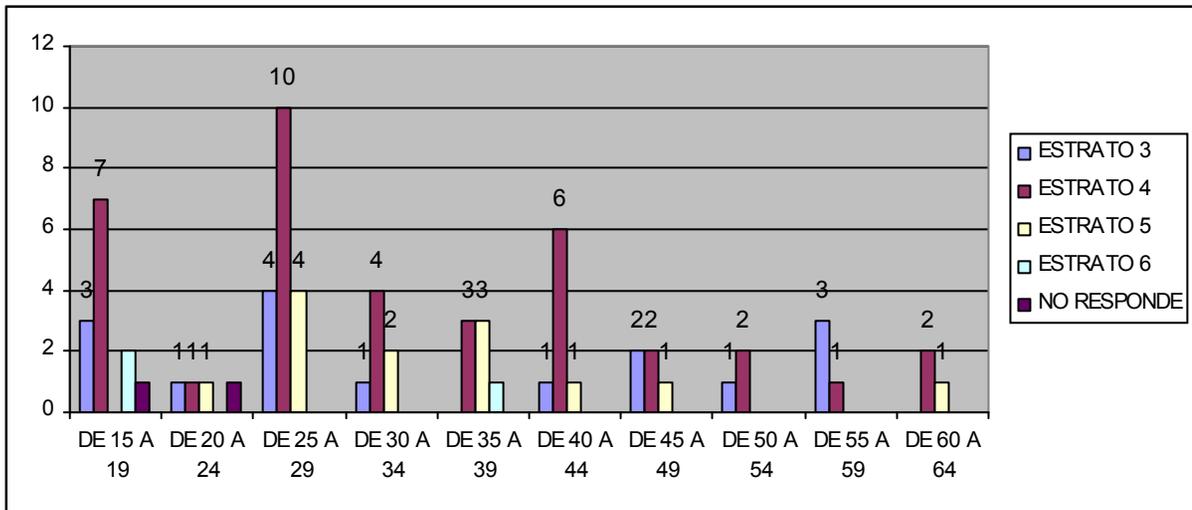


Figura 7. Distribución Según Género Masculino, Edad y Estrato Socioeconómico

Del total de la población de género masculino encuestada se puede determinar que la mayor participación en los programas de actividad física desarrollados en la localidad de chapinero, se encuentra en edades de 25 a 29 años de estrato socioeconómico 4.

Tabla 10. Distribución Según Género Femenino, Edad y Estrato Socioeconómico

FEMENINO	ESTRATO 3	ESTRATO 4	ESTRATO 5	ESTRATO 6	NO RESPONDE
DE 15 A 19		4	1	1	1
DE 20 A 24	10	15	2	3	
DE 25 A 29	4	11	3		
DE 30 A 34	2	8			
DE 35 A 39	1	4	2		1
DE 40 A 44	3	2	1		
DE 45 A 49					
DE 50 A 54		1			
DE 55 A 59					
DE 60 A 64			1		

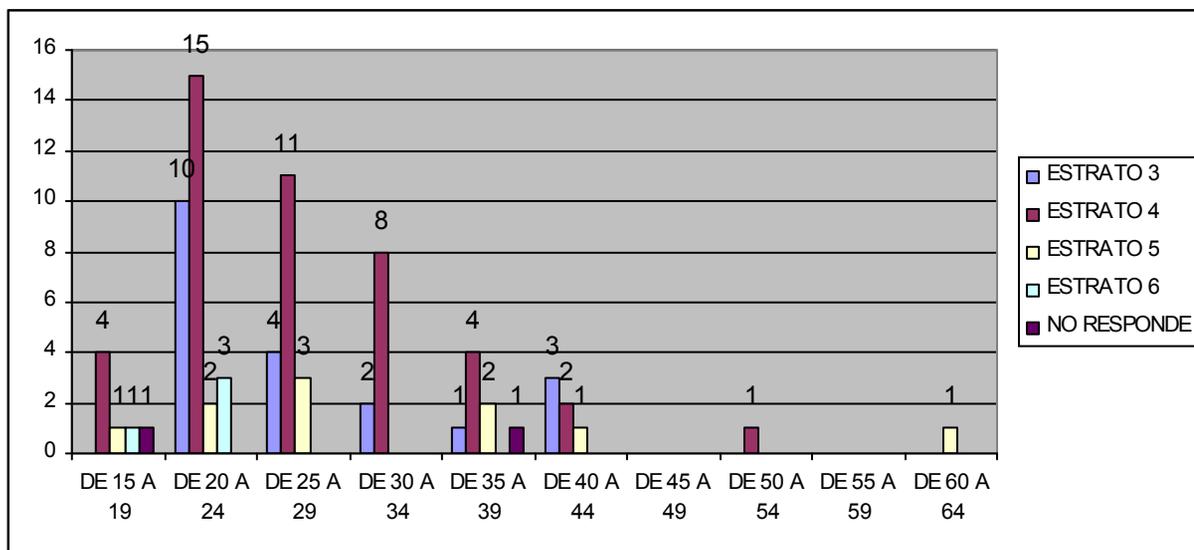


Figura 8. Distribución Según Género Femenino, Edad y Estrato Socioeconómico

Del total de la población de género femenino encuestada se puede determinar que la mayor participación en los programas de actividad física desarrollados en la localidad de chapinero, se encuentra en edades de 20 a 24 años de estrato socioeconómico 4.

Tabla 11. Distribución Según Realización de Actividad Física, Género y Edad

REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA	SI		NO	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
DE 15 A 19	9	7	4	
DE 20 A 24	3	18	1	12
DE 25 A 29	11	8	7	10
DE 30 A 34	5	5	2	5
DE 35 A 39	7	6		2
DE 40 A 44	5	3	3	
DE 45 A 49	4		1	3
DE 50 A 54	3	1	1	
DE 55 A 59	3		1	

DE 60 A 64	3	1		
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>49</b>	<b>20</b>	<b>32</b>

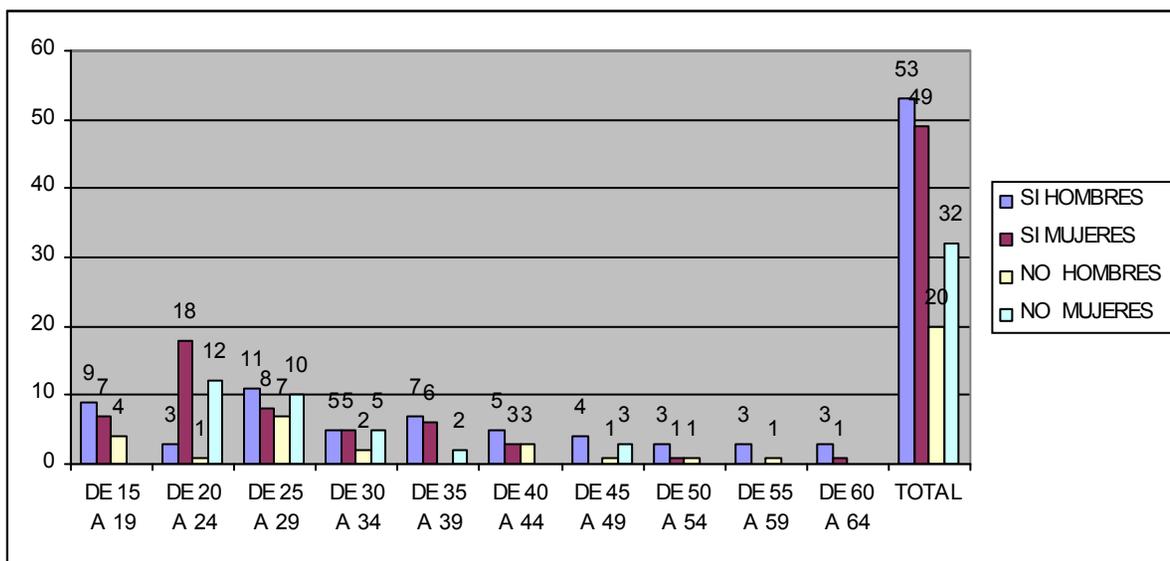


Figura 9. Distribución Según Realización de Actividad Física, Género y Edad

Del total de la población encuestada según realización de actividad física constante frente a género y edad, se puede determinar que la mayor proporción que realiza actividad física se encuentra en el género masculino con un total de 53 individuos, distribuidos en los diferentes rangos de edad; mientras que la mayor proporción frente a la realización de actividad física con respecto a la edad, se encontró el género femenino entre el rango de 20 a 24 años con un total de 18 participantes.

Tabla 12. Según Realización de Actividad Física, Nivel Educativo y Estrato Socioeconómico

REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA	NIVEL EDUCATIVO						ESTRATO SOCIOECONOMICO				
	PRIM	BACHI	TECN O TECNOL	PROF	POST	NING	EST 3	EST 4	EST 5	EST 6	NO RESP
SI	1	21	27	42	11		25	49	19	7	2
NO		7	13	27	3	2	11	33	6		2

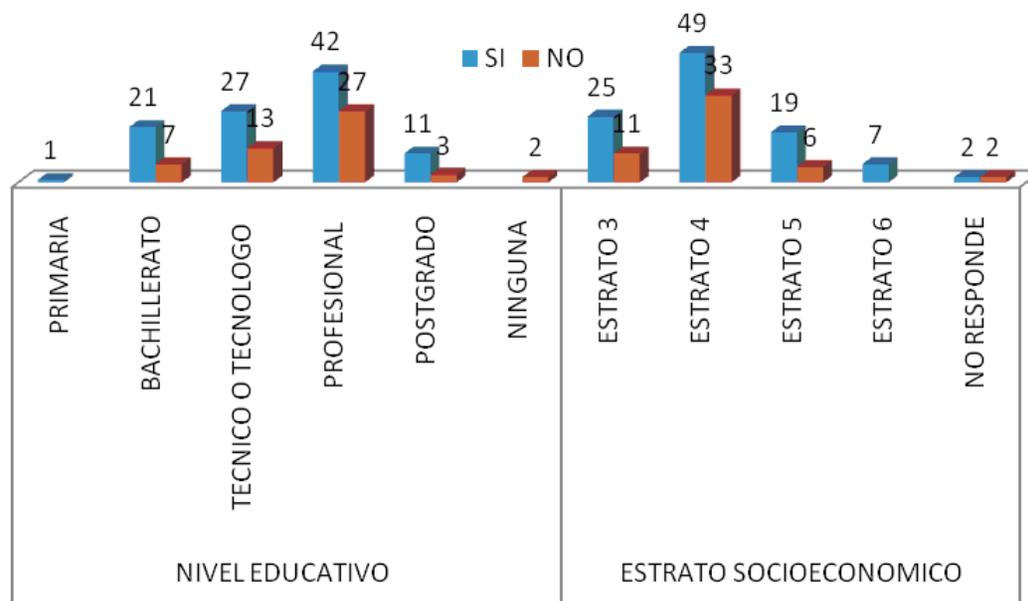


Figura 10. Según Realización de Actividad Física, Nivel Educativo y Estrato Socioeconómico.

Con relación a la realización de actividad física respecto al nivel educativo, se encontró que los participantes que tienen un nivel profesional y frente al estrato socioeconómico es el 4 el que realiza mayor actividad física.

Tabla 13. Según Realización de Actividad Física, Frecuencia a la Semana y Duración.

REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA	30 MIN	60 MIN	90 MIN	2 H	MAS DE 2 H
DE 1 A 3 DIAS	24	35	11	6	
MAS DE 3 DIAS	6	11	5	3	1

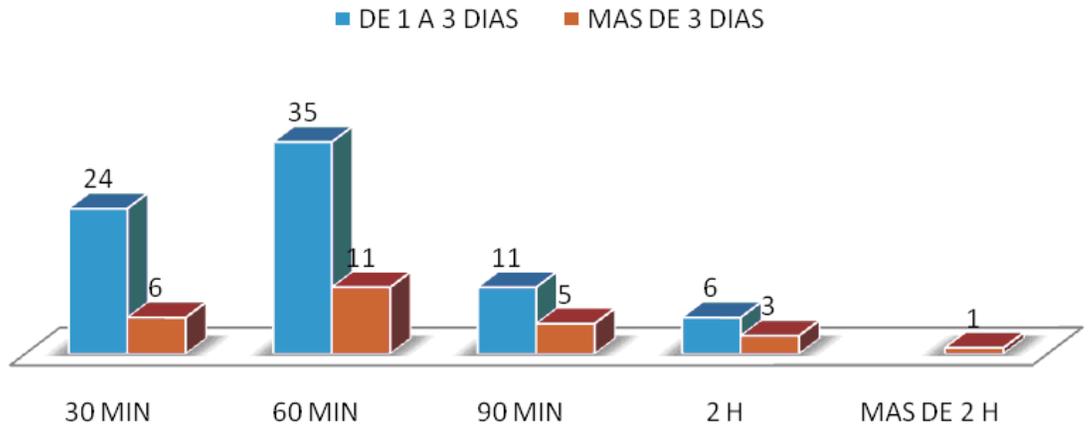


Figura 11. Según Realización de Actividad Física, Frecuencia a la semana y duración.

Del total de la población que practica algún tipo de actividad física de acuerdo a la frecuencia en días a la semana y duración de la realización de la actividad, se puede determinar que los individuos que participaron del estudio realizan actividad física con una mayor proporción de 1 a 3 días a la semana y con una duración de 60 minutos con 35 participantes, seguido de 30 min con 24 participantes.

Tabla 14. Práctica Deportiva

PRACTICA DEPORTIVA		
SI	NO	NO RESPONDE
70	81	3

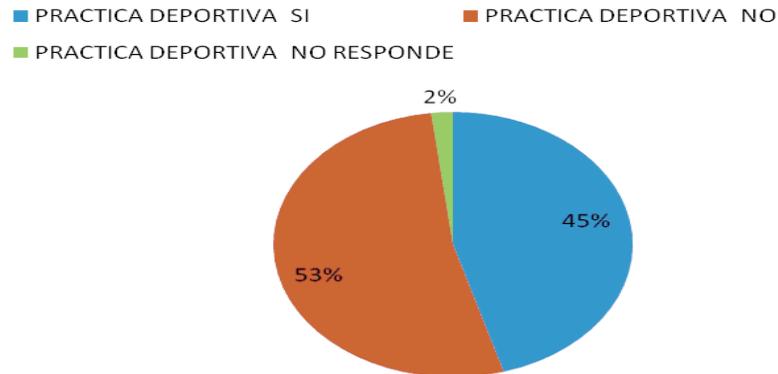


Figura 12. Practica Deportiva

Del 100% de la población que participa en el estudio, según practica de actividad deportiva, el 53% no practican ningún tipo de deporte, mientras el 45% realizan algún deporte entre los que se destaca fútbol, baloncesto, ciclismo, natación y tenis entre otros, y finalmente un 2% no responde.

Tabla 15. Según Frecuencia de Consumo de Alimentos

CONSUMO DE ALIMENTOS	TOTAL
ENTRE 1 Y 3	42
ENTRE 3 Y 5	93
MAYOR A 5 VECES	16
NO RESPONDE	3

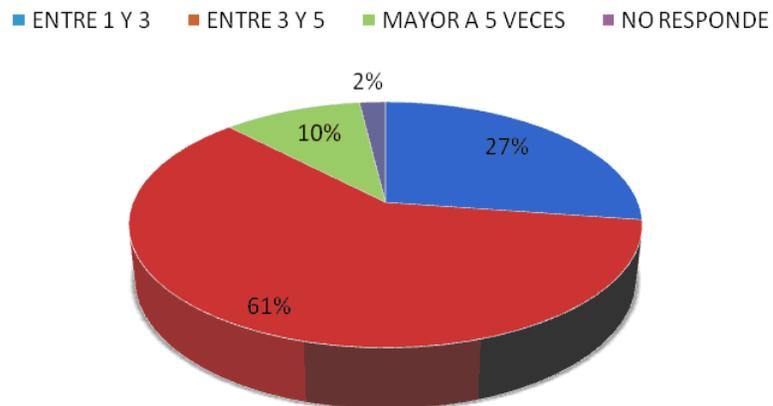


Figura 13. Según Frecuencia de Consumo de Alimentos

Del 100% de la población encuestada, según frecuencia de consumo de alimentos con mayor frecuencia el 61% consume entre 3 y 5 veces al día alguna clase de alimento, con un 27% entre 1 y 3 veces, el 10% consume mayor a 5 veces en el día y finalmente un 2% no responde.

Tabla 16. Según Consumo de Comida Rápida, Frecuencia en el Día y en la Semana

CONSUMO DE COMIDA RÁPIDA			VECES AL DÍA				VECES A LA SEMANA		
SI	NO	NO RESPONDE	1	1 Y 3	> 3	NO RESPONDE	1 Y 3	>3	NO RESPONDE
108	45	1	75	27	1	51	101	8	45

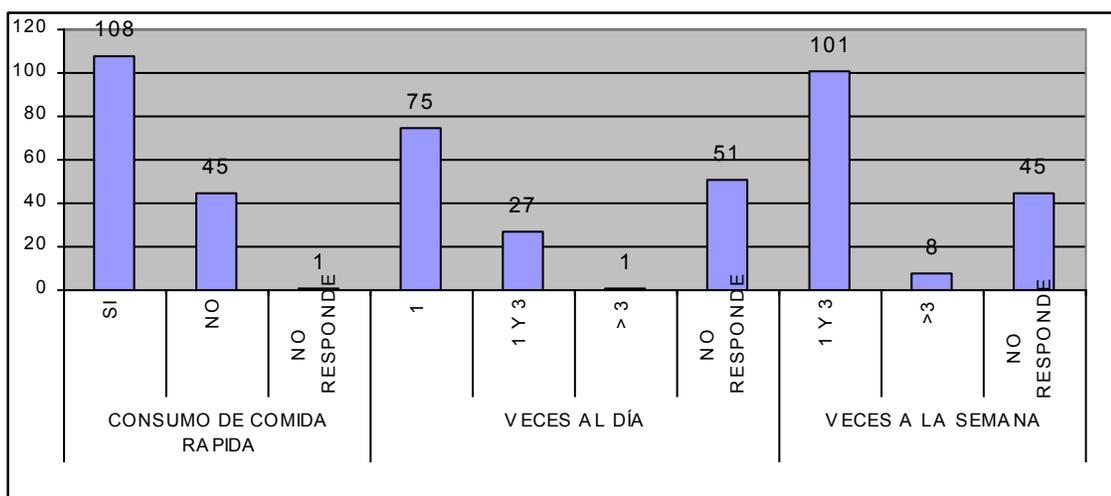


Figura 14. Según Consumo de Comida Rápida, Frecuencia en el Día y en la Semana

Del total de la población encuestada según el consumo de comida chatarra, la frecuencia al día y a la semana, se puede determinar que 108 personas consumen algún tipo de comida chatarra, con una frecuencia diaria de 1 vez al día con 75 individuos, entre 1 y 3 veces con 27 individuos y mayor de 3 veces 1 individuo; además con una frecuencia semana del entre 1 y 3 días a la semana con 101 individuos y 8 individuos mayor de 3 días.

Tabla 17. Según Consumo de Alimentos al Día y Realización de Actividad Física

CONSUMO DE ALIMENTOS DIA	ACTIVIDAD FISICA
ENTRE 1 Y 3 VECES	25
ENTRE 3 Y 5 VECES	62
MAYOR A 5 VECES	12
NO RESPONDE	3

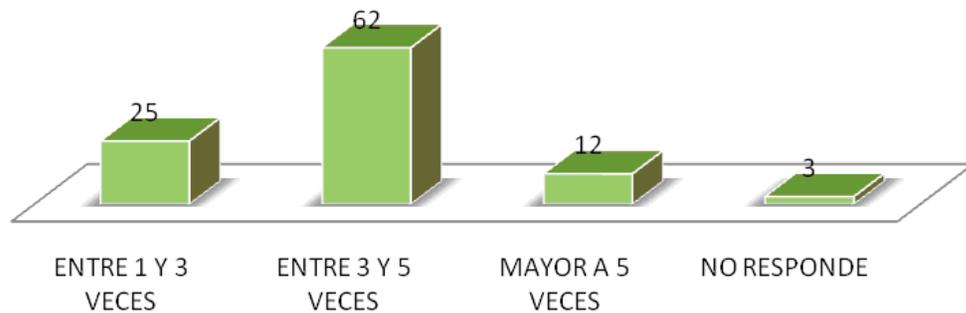


Figura 15. Según Consumo de Alimentos al Día y Realización de Actividad Física

Con relación al consumo de alimentación al día frente a la realización de actividad física, se puede observar que con una mayor proporción las personas que realizan actividad física consumen alimentos entre 3 y 5 veces al día.

Tabla 18. Según Consumo de Cigarrillos y Frecuencia al Día

CONSUMO DE CIGARRILLO		NUMERO DE CIGARRILLOS DIA						
SI	NO	1 Y 3	3 Y 5	5 Y 10	>10	1 CAJA	OCASIONAL	NO RESP
49	105	23	9	6	3	4	3	2

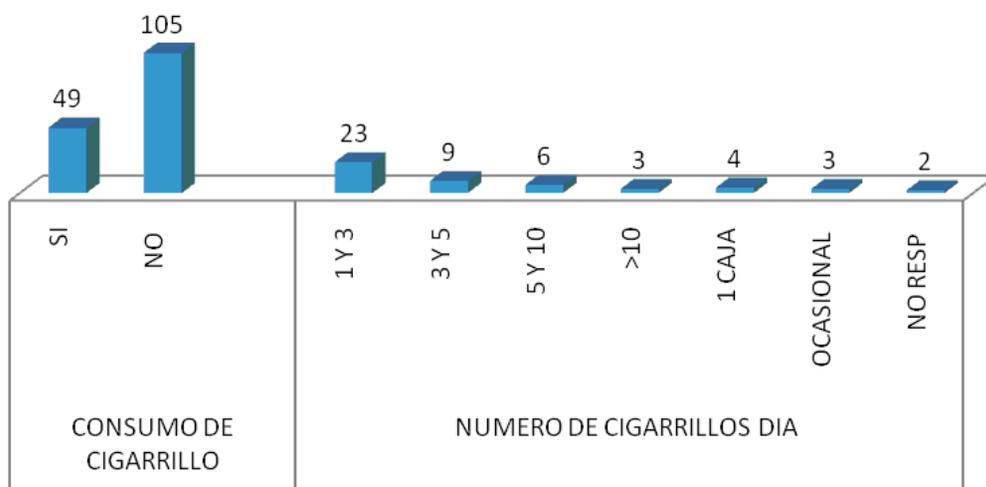


Figura 16. Según Consumo de Cigarrillos y Frecuencia al Día

Del total de la población que participa en el estudio según consumo de cigarrillo y frecuencia al día, se puede determinar que 49 personas consumen cigarrillo con mayor frecuencia entre 1 y 3 cigarrillos día.

Tabla 19. Según Consumo de Alcohol y Frecuencia del Consumo a la Semana

CONSUMO DE ALCOHOL			FRECUENCIA POR SEMANA				
SI	NO	NO RESP	1 Y 3	3 Y 5	FIN DE SEMANA	OCASIONAL	NO RESP
71	105	2	60		1	5	2

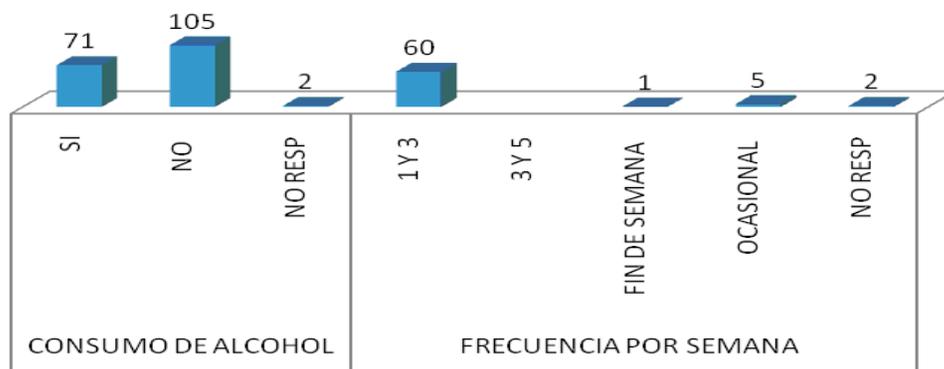


Figura 17. Según Consumo de Alcohol y Frecuencia del Consumo a la Semana

Del total de la población que participa en el estudio según consumo de alcohol y frecuencia a la semana, se puede determinar que 71 personas consumen alcohol con mayor frecuencia entre 1 y 3 días a la semana.

Tabla 20. Según Consumo de Alcohol, Cigarrillo y Realización de Actividad Física

CATEGORÍA	ACTIVIDAD FÍSICA	CONSUMO DE CIGARRILLO	CONSUMO DE ALCOHOL
SI	102	31	42
NO	52	71	58
NO RESP	0	0	2



Figura 18. Según Consumo de Alcohol, Cigarrillo y Realización de Actividad Física

Del total de la población que participa en el estudio según el consumo de alcohol, cigarrillo y la realización de actividad física, se puede observar que de los 102 individuos que realizan actividad física, 31 consume cigarrillo y 42 bebidas alcohólicas.

Tabla 21. Según Realización de Actividad Física y la Diabetes

CATEGORIA	ACTIVIDAD FÍSICA	DIABETES
SI	102	5
NO	52	147
NO RESP	0	2

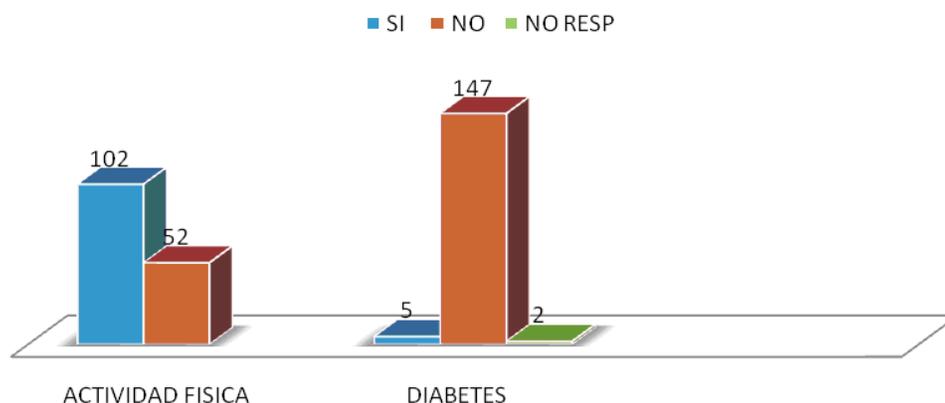


Figura 19. Según Realización de Actividad Física y la Diabetes

Del total de la población que participa del estudio según realización de actividad física frente a la existencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes, se puede determinar que de las 102 personas que realizan algún tipo de actividad física, 5 tienen esta alteración.

Tabla 22. Según Realización de *Actividad Física* y la Hipertensión Arterial.

CATEGORIA	ACTIVIDAD FISICA	HIPERTENSION ARTERIAL
SI	102	14
NO	52	137
NO RESP	0	3

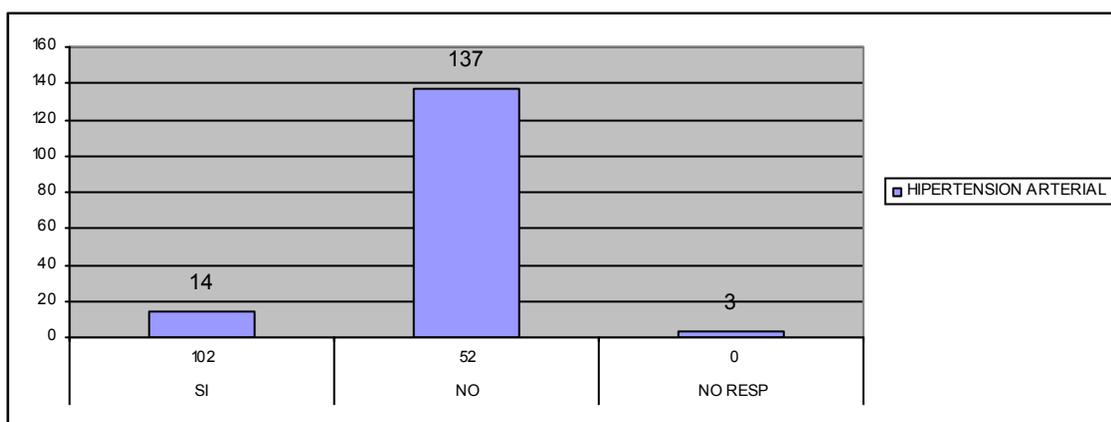


Figura 20. Según Realización de Actividad Física y la Hipertensión Arterial

Del total de la población que participa del estudio según realización de actividad física frente a la existencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión Arterial, se puede determinar que de las 102 personas que realizan algún tipo de actividad física, 14 tienen esta alteración.

Tabla 23. Según Realización de Actividad Física y la Enfermedad Cardíaca

CATEGORIA	ACTIVIDAD FISICA	ENFERMEDAD CARDIACA
SI	102	5
NO	52	147
NO RESP	0	2

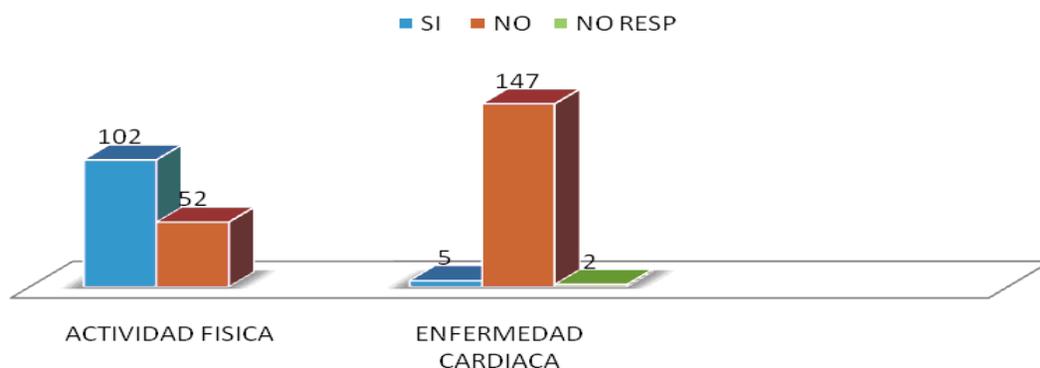
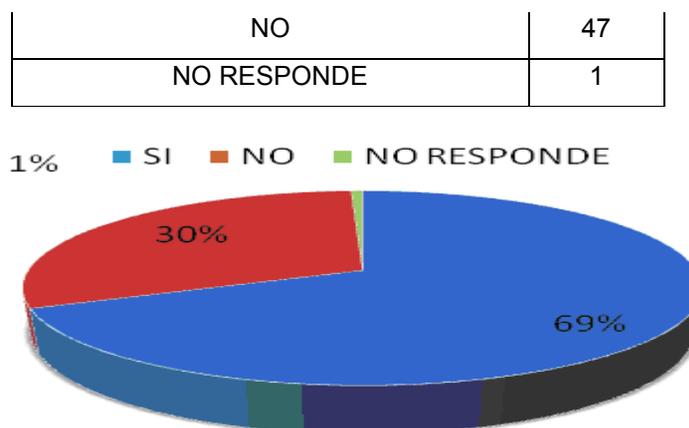


Figura 21. Según Realización de Actividad Física y la Enfermedad Cardíaca

Del total de la población que participa del estudio según realización de actividad física frente a la existencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la Enfermedad Cardíaca, se puede determinar que de las 102 personas que realizan algún tipo de actividad física, 5 tienen alguna alteración relacionada con disfuncionalidad cardíaca.

Tabla 24. Según el conocimiento de que es actividad física y cuáles son las principales definiciones

CONOCIMIENTO DE ACTIVIDAD FISICA	
SI	106

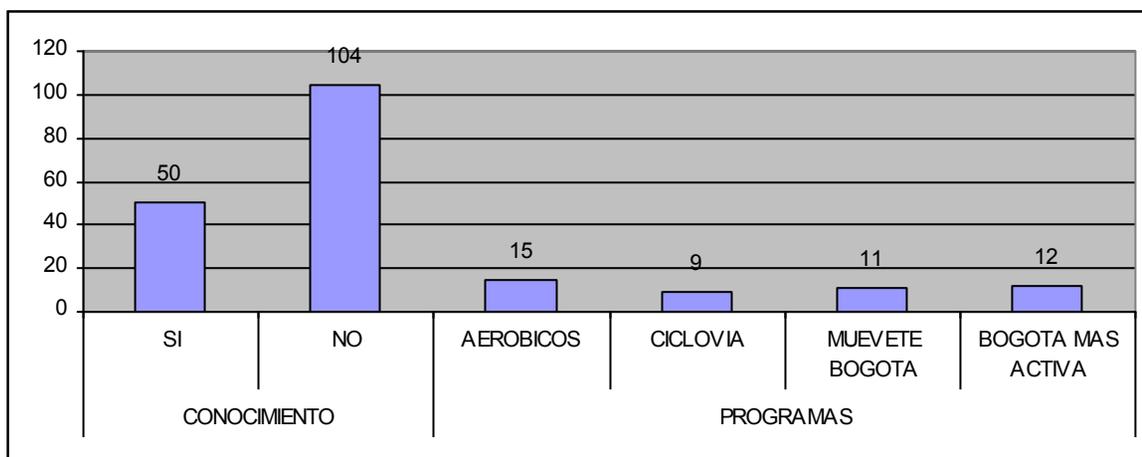


*Figura 22.* Según el conocimiento de que es actividad física y cuáles son las principales definiciones

Del 100% de la población encuestada, según el conocimiento de que es actividad física, se puede determinar que el 69 dice conocer la definición de esta, mientras un 30% no la conoce o no sabe a que hace referencia; dentro de las principales definiciones se encontró que es una rutina de ejercicios diaria; una actividad con consumo de energía; actividad cuyo objetivo es fortalecer los músculos; es poner el cuerpo en movimiento en determinada actividad; cualquier actividad que altere el reposo, entre otras.

*Tabla 25.* Según Conocimiento de los Programas

CONOCIMIENTO		PROGRAMAS			
SI	NO	AEROBICOS	CICLOVIA	MUEVETE BOGOTA	BOGOTA MAS ACTIVA
50	104	15	9	11	12



*Figura 23.* Según Conocimiento de los Programas

Del total de la población encuestada según conocimiento de los programas que se desarrollan en la localidad de chapinero, se puede observar que tan solo 50 individuos conocen los programas y dentro de los que conocen se encuentra con mayor frecuencia los aeróbicos con 15 individuos, seguido de Bogotá más activa con 12 y Muévete Bogotá con 11.

Tabla 26. Según Participación Activa en los Programas

PARTICIPACION ACTIVA EN LOS PROGRAMAS		
SI	NO	NO RESPONDE
46	95	7

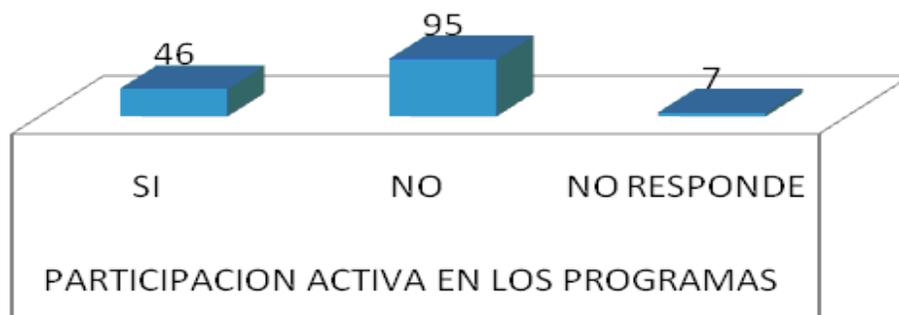


Figura 24. Según Participación Activa en los Programas

Del total de la población encuestada según participación activa en los programas de actividad física, se puede determinar que tan solo 46 individuos participan activamente de los programas desarrollados en la localidad de chapinero.

Tabla 27. Medios por el que se entero de la existencia de los programas

MEDIOS POR LOS QUE SE ENTERO DE LOS PROGRAMAS							
RADIO	TELEVISION	VOLANTES	INTERNET	ALCALDIA	FOLLETOS	OTRO	NO RESPONDE
10	11	9	8	7	2	14	93

Del 100% del total de la población encuestada, se han enterado por diferentes medios de la existencia de los programas.

Tabla 28. Según Personal Idóneo, Tiempos Suficientes y Espacios Adecuados para la realización de los programas

PERSONAL IDONEO			TIEMPOS SUFICIENTES			ESPACIOS ADECUADOS		
SI	NO	NO RESPONDE	SI	NO	NO RESPONDE	SI	NO	NO RESPONDE
49	45	62	37	25	66	47	13	96

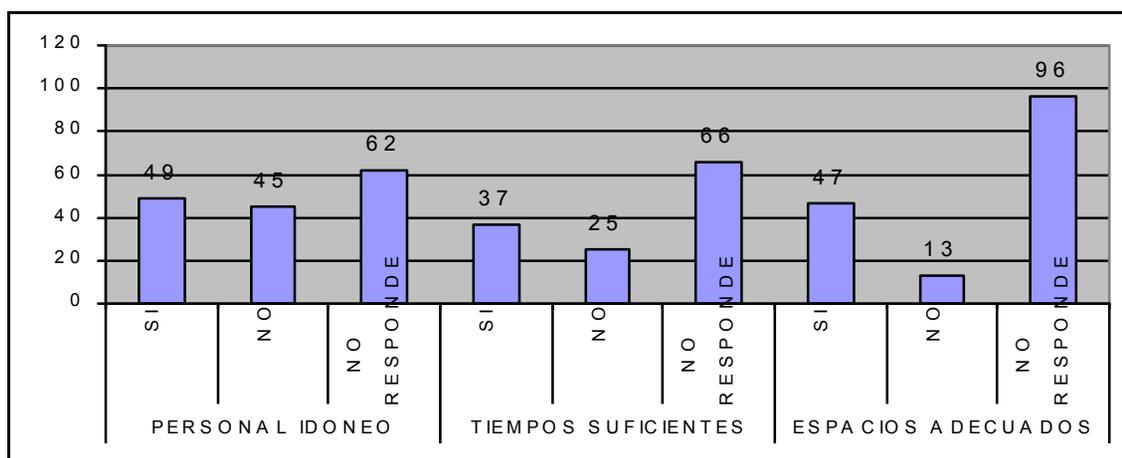


Figura 25. Según Personal Idóneo, Tiempos Suficientes y Espacios Adecuados para la realización de los programas

Del total de la población encuestada con relación la percepción del personal idóneo, los tiempos y los espacios para la realización de los programas de actividad física, se puede observar que la mayor proporción no respondió, lo que permite evidenciar el poco conocimiento que existe frente a los programas.

Tabla 29. Según ventajas que trae asistir y participar de los programas de actividad física

VENTAJAS DE LA PARTICIPACIÓN EN LOS PROGRAMAS				
MEJORA LA CONDICIÓN DE SALUD	MANTENIMIENTO DEL ESTADO FÍSICO	ESPACIOS DE ESPARCIMIENTO	INTEGRACIÓN SOCIAL	NO RESPONDE
43	15	3	7	86

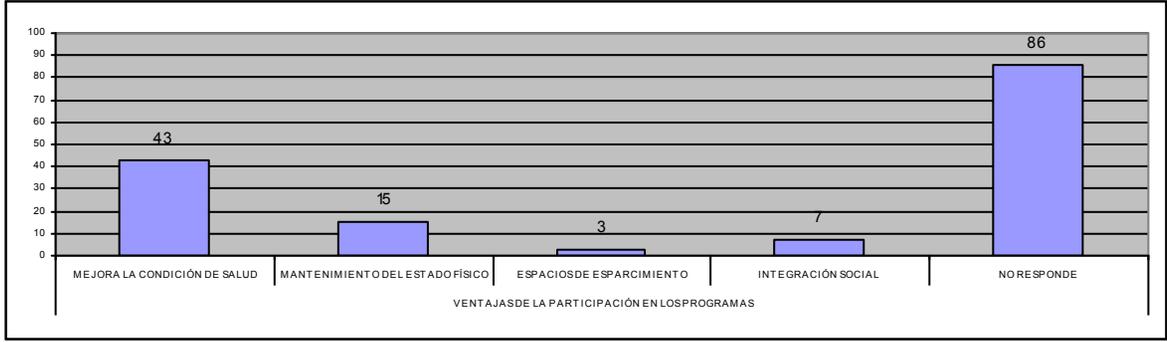


Figura 26. Según ventajas que trae asistir y participar de los programas de actividad física

Del 100% de la población participante en el estudio según las ventajas o los beneficios de participar en los programas de actividad física, se puede observar que la gran mayoría no respondió, otros creen que mejora la salud con un 28% como segundo indicador de relevancia.

Tabla 30. Calificación de los Programas

CALIFICACION PROGRAMAS	
EXCELENTES	7
BUENOS	38
REGULARES	12
MALOS	4
NO RESP	95

■ CALIFICACION PROGRAMAS ■ EXCELENTES ■ BUENOS ■ REGULARES ■ MALOS ■ NO RESP

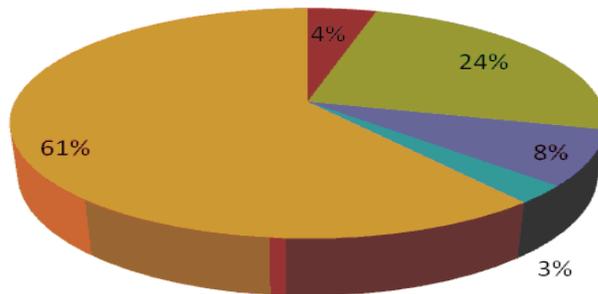


Figura 27. Calificación de los Programas

Del 100% de la población encuestada, con relación a la calificación de los programas la mayor frecuencia se ubica dentro de las personas que no respondieron con un 61%, seguidamente 24% considera que los programas son buenos y un 8% considera que son malos.

Tabla 31. Según Nivel de Satisfacción

NIVEL DE SATISFACCIÓN	
SATISFECHO	42
MEDIANAMENTE SATISFECHO	38
POCO SATISFECHO	0
INSATISFECHO	3
NO RESPONDE	73

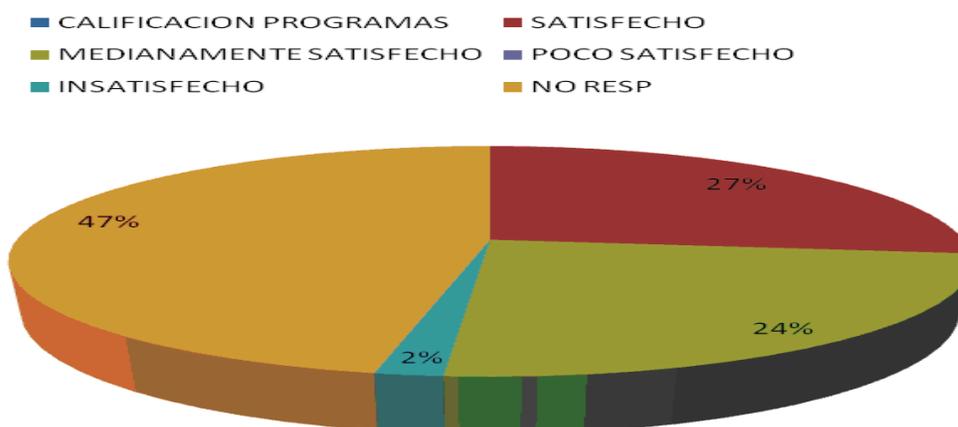


Figura 28. Según Nivel de Satisfacción

Del 100% de la población encuestada de acuerdo al nivel de satisfacción de los programas, la mayor cantidad de participantes no respondió con un 47%, seguido de 27% que estaban satisfechos y unos 24% medianamente satisfechos y finalmente un 2% que se encontraban insatisfechos con la ejecución de los programas.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dentro de las principales observaciones que se dieron por parte de la población que participó en el estudio fueron que muchas preguntas no se respondieron por que no conocen los programas; falta divulgación de los programas; falta de publicidad; mayor constancia. No se relacionan recomendaciones por parte de los participantes.

El presente estudio referente a la caracterización de los programas de actividad física desarrollados en la localidad de Chapinero muestra frente a la participación de la población residente de la localidad e incluso de otras localidades, la baja participación del adulto mayor en las actividades, estrategias y planes específicos relacionados con la realización de actividad física incluidos dentro de los programas; además no se cuenta con participación constante de los estratos socioeconómicos 5 y 6, la mayor participación frente al estrato se concentra en el 3 y el 4.

Dentro del estudio se evidencia que la mayor participación en los programas correspondía al género femenino, lo que podría dar a entender que las mujeres se interesan más, están más informadas y son más constantes que los hombres en la realización de los programas de actividad física en la localidad, sin embargo los hombres realizan con mayor frecuencia algún tipo de actividad física dentro de su tiempo libre comparado con las mujeres.

Con respecto a la morbilidad sentida, se puede determinar que los participantes del estudio mantienen ciertos hábitos y estilos de vida saludables, que entre estos la realización de actividad física ha sido sin lugar a duda una de las mejores soluciones para la mejora en la condición de salud y el mantenimiento de la condición física; sin embargo siguen presentándose mecanismos que pueden incurrir como factores de riesgo tales como el consumo de sustancias nicotínicas, alcohólicas, la nutrición inadecuada como el consumo de comida chatarra constante y algunas enfermedades crónicas no transmisibles que prevalecen y que pueden afectar la funcionalidad dentro de los individuos que realizan actividad física constante.

Con relación al conocimiento y la información de los programas que se desarrollan, se cuenta con muy poca percepción por parte de la población participante, al parecer por desinterés, por falta de claridad o por deficiencia en los canales de divulgación; la población no está siendo informada totalmente sobre los aspectos propios de los programas, lo que genera el desconocimiento del desarrollo de las estrategias, los planes y las actividades específicas; es por eso muy posiblemente que se presenta poca constancia en la participación; además se logró evidenciar la deficiencia en la publicidad que tienen los programas, esto contribuye también al desconocimiento y la falta de interés por parte de la población

Con esta investigación se pretendió caracterizar la percepción que tiene la población con relación a los programas de actividad física que se desarrollan en la localidad de Chapinero, encontrándose que debido al desconocimiento y el desinterés de la población no respondieron muchos de los participantes a las preguntas relacionadas con la calificación y el nivel de satisfacción; sin embargo, la mitad de la población se encuentran satisfechos y medianamente satisfechos con la realización de la actividades que se desarrollan en los programas.

Con relación al personal idóneo, los tiempos y los espacios destinados para ejecución de las actividades, se pudo determinar que dentro de las personas que conocen los programas y que participan activamente de los mismos, consideran que el personal, los tiempos y los espacios son adecuados y óptimos para el funcionamiento de los programas, aunque hay que tener en cuenta que la mayoría de las personas encuestadas no respondieron.

## **RECOMENDACIONES**

Detectando el desconocimiento de los programas, por falta de publicidad, información específica y divulgación de la misma, se recomienda a los entes locales y distritales mejorar estos procesos con el fin de ampliar la cobertura y aumentar la participación de la población, esto mejoraría el bienestar, la condición de salud y contribuiría con la mejora de la calidad de vida de la población.

Se debe generar estrategias de información, educación y comunicación – IEC - para generar mayor cobertura de los programa en la población tanto de la localidad como del distrito, a través de los diferentes medios masivos de comunicación como es la radio y televisión, promover las actividades educativas, realizar talleres de forma dinámica y didáctica que lleguen con una mayor motivación a la población.

Establecer estrategias de motivación dirigidas a los diferentes grupos poblacionales, con el fin de hacer una cobertura total de la población, enfatizando en la no discriminación y fomentando así el desarrollo poblacional desde sus diferentes edades.

Promover mediante campañas de educación los hábitos y estilos de vida saludables, fomentando la actividad física, la nutrición y el no consumo de sustancias nicotínicas, alcohólicas ni alucinógenas, para mejorar la condición de salud, crear entornos y espacios saludables y producir bienestar en la comunidad.

Promover y promocionar la actividad física, brindando información relevante, clara y explicativa con relación a definiciones, beneficios, cambios y programas existentes por parte del personal que maneja los programas de actividad física dentro de la localidad.

Mejorar los tiempos de realización de las actividades, al igual que los espacios y el personal con el que se cuenta para el desarrollo de los programas, proporcionando tiempos más amplios, espacios más abiertos y amplios; dentro del personal contar con fisioterapeutas, profesionales que aporten al desarrollo de las potencialidades física, teniendo en cuenta las

características poblacionales y los aspectos técnicos y además científicos para el óptimo desarrollo de los programas.

### Referencias Bibliográficas

Alcaldía Local de Chapinero (2008). Plan de desarrollo económico, social y de obras públicas de la localidad de Chapinero 2009 – 2012. “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor – Chapinero Diversidad Positiva”. Bogotá D.C. Recuperado el 26 de Noviembre de 2011 en <http://www.casadelcontrolsocial.gov.co/index.php?idcategoria=39825#>.

Alcaldía Mayor de Bogotá (2004). FICHA TÉCNICA TURÍSTICA LOCALIDAD DE CHAPINERO. Instituto Distrital de Cultura y Turismo. Pág. 11. Bogotá, D.C.

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Cultura, Recreación y Deporte. Bogotá Mas Activa, Política Publica de Deporte, Recreación y Actividad Física para Bogotá 2009 – 2019. Bogotá D.C – Colombia. Recuperado el 26 de Noviembre de 2011 en: <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/portal/sites/default/files/Bogot%C3%A1%20m%C3%A1s%20Activa%20Pol%C3%ADtica%20P%C3%BAblica%20SCRD.pdf>

Asociación de Medicina del Deporte de Colombia – AMEDCO (2002) Manifiesto De Actividad Física Para Colombia

CENSO Dane 2005: Consultado en [http:// www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co)

Departamento Administrativo Nacional Estadístico (DANE 2005), Retomado del Decreto 3039, Ministerio de la Protección Social, 2007

Goodpaster, B; Thaete, F; y Thigh (2000) Adipose Tissue Is Associated With Insulin Resistance In Obesity And In Type 2 Diabetes Mellitus. En: Am J of Clinical Nutrition; 71: 885.

Gutiérrez, J; Sarmiento, J; y Flores, A. (2002) Asociación de Medicina del Deporte de Colombia – AMEDCO, Manifiesto de Actividad Física Para Colombia, Abril de 2002; Recuperado el 12 de octubre de 2010 en: <http://www.encolombia.com/medicina/amedco/deporte11101manifiesto.htm>

Instituto Colombiano De Bienestar Familiar ICBF (2005). Encuesta Nacional De Situación Nutricional En Colombia ENSIN. Recuperado el 27 de octubre de 2010 en: [http://www.scp.com.co/archivosscp/ensin\\_icbf\\_2005.pdf](http://www.scp.com.co/archivosscp/ensin_icbf_2005.pdf)

Instituto de Estudios del Azúcar y la Remolacha (IEDAR) (s.f.). Actividad física: Factor clave en la prevención de la obesidad, informe sobre azúcares y alimentos azucarados, Volumen 03, Editorial IEDAR. Madrid – España. Recuperado el 26 de Noviembre de 2011 en [http://www.iedar.es/nuevo/act\\_fisic.pdf](http://www.iedar.es/nuevo/act_fisic.pdf)

Kelley, G.A; Kelley, K.A; y Tran, Z.B. (2000) Aerobic Exercise And Resting Blood Pressure: A Meta-Analytic Review Of Randomized, Controlled Trials. En: *Prev Cardiol*; 4: 73-80

Kelley, G.A; Kelley, K.A; y Tran, Z.B. (2001) Walking and resting blood pressure in adults a meta-analysis. En: *Prev Med*; 33: 120-127

Lamarche, B; Després, JP; y Moorjani, S. (1993) Evidence for a role of insulin in the regulation of abdominal tissue lipoprotein lipase response to exercise training in obese women. *Int J Obes* ; 17: 255-261.

Organización Mundial de la Salud (1999). Estudio sobre factores de Riesgo de Mortalidad y Discapacidad en el mundo, retomado por el Manifiesto De

Actividad Física Para Colombia De La Asociación De Medicina Del Deporte De Colombia – AMEDCO Abril De 2002

Organización Mundial de la Salud (2005). Prevención de las enfermedades crónicas: Una inversión vital. Recuperado el 21 de octubre de 2010 en: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/overview\\_sp.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf).

Organización Mundial de la Salud (2001). 48. A Asamblea Mundial de la Salud. Geneva: World Health Organization, 2001 [consultado 13/05/2003]. Disponible en: <http://www.who.int/gb>.

Pinto, JA. y Carbajal, A. (2003) La dieta equilibrada, prudente o saludable. Madrid, Servicio de Promoción de la Salud, Instituto de Salud Pública, Consejería de Sanidad. 23-62.

República de Colombia, Congreso de la República - Ministerio de la Protección Social (2007). Ley 1122. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado el 22 de mayo de 2011 en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf>

República de Colombia, Congreso de la República - Ministerio De Salud. (1999). II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas- ENFREC II. Tomo III: Perfil lipídico y conocimientos, actitudes y prácticas en hipertensión, ejercicio, hiperlipidemia y peso corporal.

República de Colombia, Congreso de la República - Ministerio de la Protección Social (2000). Resolución 412. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para

el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Recuperado el 03 de mayo de 2011 en [http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad\\_Regimen\\_Contributivo/resolucion\\_412\\_2000.pdf](http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad_Regimen_Contributivo/resolucion_412_2000.pdf)

República de Colombia, Congreso de la República - Ministerio de la Protección Social (2007), Decreto N° 3039. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010, además brinda importancia y caracteriza las enfermedades de prevalencia y relevancia para la salud pública – Plan Nacional de salud Pública, República de Colombia

República de Colombia, Congreso de la República – Ministerio de la Protección Social (1993). Ley 100. Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral en la República de Colombia y se dictan otras disposiciones generales. Recuperado el 16 de Noviembre de 2011 en <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>

República de Colombia, Congreso de la República. Ley 361. Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones. Recuperado el 26 de Noviembre de 2011 en <http://www.col.opsoms.org/juventudes/Situacion/LEGISLACION/PARTICIPACION/PL36197.htm>

República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional (1995). Ley 181. Por el cual se dictan disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la Educación Física y se crea el Sistema Nacional del Deporte. Recuperado el 22 de Noviembre de 2011 en [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85919\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85919_archivo_pdf.pdf)

República de Colombia, Ministerio de la Protección Social (2008). Resolución 425. Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Recuperado el 22 de marzo de 2011 en [http://www.cntv.org.co/cntv\\_bop/basedoc/resolucion/minproteccion/resolucion\\_minproteccion\\_0425\\_2008.html](http://www.cntv.org.co/cntv_bop/basedoc/resolucion/minproteccion/resolucion_minproteccion_0425_2008.html)

Secretaria de cultura, recreación y deporte – Instituto Distrital de Recreación y Deporte (1999). Programa Muévete Bogotá, Bogotá D.C – Colombia. Recuperado el 16 de Agosto de 2011 en [http://www.idrd.gov.co/htms/seccion-muvete-bogot\\_19.html](http://www.idrd.gov.co/htms/seccion-muvete-bogot_19.html)

Secretaria de cultura, recreación y deporte (2008). Ficha Básica Localidad de Chapinero. Bogotá D.C – Colombia. Recuperado el 16 de Noviembre de 2011 en <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/observatorio/documentos/calidades/chapinero.pdf>

Secretaria de cultura, recreación y deporte. Estrategias de Parques Biosaludables. Bogotá D.C – Colombia. Recuperado el 16 de Noviembre de 2011 en <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/portal/node/2059>

Serra, LI. (2006). Nutrición y salud pública: métodos, bases científicas y aplicaciones (2a. ed.). Elsevier, España. pp. 330. ISBN 8445815288. Recuperado el 22 de Noviembre de 2010 en: [http://books.google.es/books?id=LVk80\\_G\\_QegC](http://books.google.es/books?id=LVk80_G_QegC).

- Tremblay, A ; Nadeau, A ; y Després JP. (1990) Long term exercise training with constant energy intake; effect on glucose metabolism and resting energy expenditure. *Int J Obes.* 14: 75-84.
- Whelton, SP; Chin, A; Xin, X; y He, J. (2002) Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *En: Ann Intern Med*; 136: 493-503
- Wing, R; y Phelan, S. (2005) Long-term weight loss maintenance. *En: Am J of Clinical Nutrition*; 82 (suppl): 222S-5S.
- Wolford, JK; y Vozaroba de Courten, B. (2004) Genetic basis of type 2 diabetes mellitus: implications for therapy. *Treat Endocrinol*; 3 (4): 257-267.
- World Health Organization. Process for a global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization [consultado 13/05/2003]. Disponible en: <http://www.who.int/hpr>.
- World Health Organization, (2003) Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint FAO/WHO expert consultation. Geneva: World Health Organization.
- Xunta de Galicia (Consellería de Sanidade/ Dirección Xeral de Saúde Pública), Organización Panamericana de la Salud. Programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados EPIDAT, Versión 3.1

**ANEXOS**

Anexo No. 1.



**IBEROAMERICANA**  
Corporación Universitaria

**ENCUESTAS POBLACION LOCALIDAD DE CHAPINERO**

(Participantes de los Programas de Actividad Física)

El objetivo principal de esta investigación es Establecer el Impacto Social de los programas de actividad física desarrollados en la localidad de chapinero.

La presente encuesta es de voluntaria participación, la información suministrada en la misma será de total confidencialidad; a continuación usted encontrara una serie de preguntas, por favor responda con la mayor brevedad y sinceridad posible, esto garantizará mejores resultados para la investigación.

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGEOGRAFICA**

**Edad:** \_\_\_\_ Años **Género:** Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_

**Barrio de Residencia:** \_\_\_\_\_ **Estrato socioeconómico:** 3 \_\_\_\_  
4 \_\_\_\_ 5 \_\_\_\_ 6 \_\_\_\_

**Tiempo de Residencia en la Localidad de Chapinero:**

Menor a 6 meses: \_\_\_\_ Entre 6 meses y 1 año: \_\_\_\_ Entre 1 y 2 Años: \_\_\_\_ Mayor de 2 años: \_\_\_\_

**Ocupación:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nivel educativo alcanzado:**

Primaria	Secundaria	Técnico o Tecnológico	Profesional Universitario	Posgrado	Ninguno

**ESTILOS DE VIDA SALUDABLES:**

**ACTIVIDAD FÍSICA**

**Realiza usted algún tipo de actividad física:** Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ **Actividad:**

\_\_\_\_\_

**Días a la semana:** 1 Día\_\_\_ Entre 1 y 3 Días\_\_\_ Mas de 3 Días\_\_\_

**Tiempo diario:** 30 min\_\_\_ 60 min\_\_\_ 90 min\_\_\_ 2 horas\_\_\_ mayor 2 horas\_\_\_

**DEPORTE**

**Practica usted algún deporte específico:** Si\_\_\_ No\_\_\_ **Deporte:**

\_\_\_\_\_

**Días a la semana:** 1 Día\_\_\_ Entre 1 y 3 Días\_\_\_ Mas de 3 Días\_\_\_

**Tiempo diario:** 30 min\_\_\_ 60 min\_\_\_ 90 min\_\_\_ 2 horas\_\_\_ mayor 2 horas\_\_\_

**NUTRICIÓN**

**Cuantas veces consume usted alimentos al Día:** Entre 1 y 3: \_\_\_ Entre 3 y 5: \_\_\_ Mayor a 5:

\_\_\_

**Cual los siguientes grupos de alimentos consume con mayor frecuencia:**

Carnes: \_\_\_ Vegetales y verduras: \_\_\_ Harinas: \_\_\_ Frutas: \_\_\_

**Consumo usted comida chatarra:** Si\_\_\_ No\_\_\_

**Cuantas veces al día:** 1 vez\_\_\_ entre 1 y 3 veces\_\_\_ más de 3 veces\_\_\_

**Cuantas veces a la semana:** 1 día\_\_\_ entre 1 y 3 días\_\_\_ mayor a 3 días\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO**

**CIGARRILLO:** Si\_\_\_ No\_\_\_ # Cigarrillos Día: \_\_\_\_\_

**ALCOHOL:** Si\_\_\_ No\_\_\_ # Veces por semana \_\_\_\_\_

**DIABETES:** Si\_\_\_ No\_\_\_ Hace cuanto: \_\_\_\_\_

**HIPERTENSION ARTERIAL:** Si\_\_\_ No\_\_\_ Hace cuanto: \_\_\_\_\_

**ENFERMEDAD CARDIACA:** Si\_\_\_ No\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

**De las siguientes preguntas seleccione la respuesta o respuestas que usted cree que se ajustan más a su criterio.**

**¿Sabe Usted que es actividad física?** Si\_\_\_ No\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Conoce los programas de actividad física que se desarrollan en la localidad de Chapinero?**

Si\_\_\_ No\_\_\_

**¿Cuáles son los programas que conoce?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**¿Ha participado en algunos de estos programas?** Si\_\_\_ No\_\_\_

Cuales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Con que frecuencia los practica?**

1 vez a la semana \_\_\_ Entre 1 y 3 veces a la semana \_\_\_ Más de 3 veces a la semana \_\_\_

**¿Por qué medio se entero de los programas de actividad física?**

Radio\_\_\_ Televisión\_\_\_ Volantes\_\_\_ Internet\_\_\_ En la Alcaldía\_\_\_ Por Folletos\_\_\_ Otro\_\_\_

Cual:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Le han explicado claramente a que hace referencia cada uno de los programas?** Si\_\_\_

No\_\_\_

**¿Considera usted que los programas cuentan con elementos técnicos, científicos y**

**legales que los sustenten?** Si\_\_\_ No\_\_\_ ¿Por qué?:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Considera usted que los programas en los que participa cuentan con materiales necesarios para su desarrollo?** Si\_\_\_ No\_\_\_

**¿Considera que los programas que usted practica cuenta con personal idóneo para su manejo?**

Si\_\_\_ No\_\_\_

**Los tiempos destinados para la realización de los programas que usted practica son:**

Suficientes\_\_\_ Deficientes\_\_\_

**Los espacios en los cuales se desarrollan los programas son:**

Adecuados\_\_\_ Inadecuados\_\_\_

**¿Qué ventajas trae para usted asistir y participar de los programas de actividad física que desarrolla la alcaldía local de Chapinero?**

Mejora condición de salud\_\_\_ Mantenimiento de estado físico\_\_\_ Espacios de esparcimiento

\_\_\_\_\_

Integración social\_\_\_

**¿Hay supervisión constante de los programas que usted practica por parte de los directivos o funcionarios de la alcaldía local de Chapinero? Si\_\_\_ No\_\_\_**

**¿En términos generales cómo calificaría usted los programas que realiza y que conoce sobre actividad física desarrollados por la alcaldía local de Chapinero?**

Excelentes\_\_\_ Buenos\_\_\_ Regulares\_\_\_ Malos\_\_\_

**Su nivel de satisfacción frente a los programas desarrollados por la alcaldía local en actividad física es:** Satisfecho\_\_\_ Medianamente satisfecho\_\_\_ Poco satisfecho\_\_\_

Insatisfecho\_\_\_

**OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Le agradecemos por su valiosa colaboración.

**Grupo de Investigación en salud Pública – Iberoamericana**

**Bogotá D.C/2011**