

IMPACTO DE LAS ACTIVIDADES FÍSICAS EN EL ESTILO DE VIDA DE MUJERES CARMELITAS

Oscar Enrique Mato Medina
Marisol Toledo Sánchez
José Jesús Matos Ceballos*



Introducción

El siglo XXI está marcado por el sedentarismo y el sobrepeso, estrechamente relacionados entre sí, como factores de riesgo indiscutibles de las enfermedades crónico-degenerativas. Por esa y otras razones, en la actualidad, el cuidado de la salud de las personas cobra mayor importancia que en años anteriores.

En este sentido, el análisis del estilo de vida y de su incidencia sobre la salud individual, ha ido en aumento, progresivamente, en todas las referencias sobre calidad de vida y desarrollo de la población del país.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) encabeza los análisis y referencias sobre mejoramiento de estilos de vida, así como lidera la emisión de documentos acerca del sobrepeso y la

obesidad al considerar que están directamente relacionados con la calidad de vida de la población. Desde hace años, la OMS se ha dedicado a publicar documentos dedicados a guiar, metodológicamente, a las naciones en esta tarea de intentar controlar el sobrepeso y la obesidad y trabajar para su disminución.

En 1992, la OMS definió a la obesidad como el incremento significativo de la grasa corporal que podía resultar en un riesgo para la salud de las personas y no solamente como un exceso de peso.

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. Esto se produce, según la organización, por un descenso en la actividad física como resultado

de hábitos y estilos de vida sedentarios y/o por la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes.

Según ésta, el estilo de vida que no contemple la práctica de cualquiera de las manifestaciones de actividad física, es un factor de riesgo importante para provocar daños a la salud de las personas (OMS, 1995).

En Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital, esta organización describió que el 80% de las muertes por enfermedades crónicas ocurren en los países subdesarrollados y

* Docentes de la Dependencia Ciencias de la Salud, en la Universidad Autónoma del Carmen.

que estas muertes afectan en igual número a hombres y mujeres. La afectación es, por tanto, mayor para nuestros países que para los del primer mundo.

En 2012, mediante su Nota Descriptiva número 311, la OMS informó que existen 1400 millones de adultos que tienen sobrepeso y que, dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres son obesos.

Asimismo informó que 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad están cobrando vidas cuyas muertes pueden ser evitadas.

Desarrollo

La licenciatura en educación física y deporte de la UNACAR lleva a cabo un programa de actividades físicas para amas de casa de Ciudad del Carmen. Este programa se realiza en dos horarios. El primero de 7:00 a 9:00 y el segundo de 18:00 a 20:00 horas, cada uno cuenta con su propia matrícula. El trabajo que se presenta en este artículo se realizó con las mujeres que participan en el horario de 7:00 a 9:00 horas, durante la etapa comprendida de febrero a julio de 2013. En este horario, el programa contó con una matrícula de 54 amas de casa cuyas edades tuvieron mínimo de 25 y máximo de 59 años.

La investigación se realizó para conocer el impacto del programa en el estilo de vida de las participantes, visto desde la óptica de mejora en su ubicación en la tabla del Índice de Masa Corporal (IMC) y modificaciones en la dedicación a la práctica de actividad física, así como para valorar el estado de la condición física individual, al principio y final de la etapa de aplicación.

Los valores de IMC se tuvieron en cuenta mediante la relación entre estatura y peso y sirvieron para caracterizar la muestra y

para conocer las variaciones en la ubicación de las participantes dentro de la tabla de la OMS. Se tomó este índice porque es rápido y práctico para evaluar el grado de riesgo que se asocia con la obesidad aunque se reconoce que no establece diferencias entre los componentes grasos y no grasos de la masa corporal total. (Tabla 1. Clasificación imc).

CLASIFICACION DEL IMC

Desnutrición	Menor de 18
Peso normal	18/24.9
Sobrepeso	25/26.9
Ob. Grado I	27/29.9
Ob. Grado II	30/39.9
Ob. Grado III	Mayor de 40

Tabla 1- Clasificación del IMC

Se utilizó un test para medir el estado de la condición física, mismo que fue aplicado en dos ocasiones, una al inicio del programa y otra al final del mismo.

Las cualidades físicas medidas (resistencia, flexibilidad, abdominales y fuerza) permitieron valorar la condición física de las mujeres inscritas en el programa. Para las mediciones se utilizaron los tests que se estudian en la Licenciatura. Para flexibilidad, que media el grado de movilidad articular, se utilizó el test *Sit and Reach*, mientras que para abdominales, que medía la fuerza de la musculatura de esta zona del cuerpo, se utilizó el test del programa nacional de activación física y para la resistencia, que evaluaba la capacidad aeróbica de las participantes, fue usado el test de *Cooper* modificado.

Análisis y discusión de los resultados

La muestra tuvo mayoría de suje-

tos jóvenes (menores de 39 años) aunque se debe señalar que también hubo presencia de amas de casa con edades superiores los 50 años (Tabla 2).

(Tabla 2. Distribucion de la muestra)

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA

EDADES	CANTIDAD
25/29 años	9
30/34 años	8
35/39 años	10
40/44 años	9
45/49 años	9
50/54 años	5
55/59 años	4

Tabla 2.- Distribución de la muestra

La tabla tres refleja los valores generales en las dos mediciones del IMC realizadas a las participantes. En las 54 mujeres no se encontraron categorizadas como desnutridas. En total, en la primera valoración del IMC se detectaron 12 mujeres ubicadas en la categoría de peso normal mientras que en la segunda fueron 19. La tabla muestra que 7 participantes lograron alcanzar una nueva categoría al pasar a peso normal. Llama la atención que, tanto en la medición inicial como en la final, no contamos con ninguna mujer descrita dentro de la categoría de peso normal en los grupos de 50 a 54 y 55 a 59 años.

En obesidad grado I, se observó aumento de la segunda medición (15) con relación a la primera (13). Esto se debe a que hubo traslados de sujetos de categorías de grados superiores hacia inferiores. Otro ejemplo se encuentra en la suma de las mujeres dentro de las categorías de obesidad grado II y grado III donde en la medición inicial tuvimos 11 personas y en la segunda fueron 7.

En cuanto a obesidad grado III, en la primera medición se detectaron dos participantes, una de 45 a 49 años y la otra de 50 a 54 años, mismas que se mantuvieron en esta categoría pues no pudieron disminuir su peso.

En obesidad grado II, de las 9 mujeres que, en la medición inicial, se encontraban en esta categoría 4 bajaron a obesidad grado I mientras que 5 se mantuvieron dentro de la misma categoría.

El análisis por grupos de edades nos muestra resultados más complejos. En este sentido, las participantes más jóvenes, de 25 a 29 años mejoraron porque dos participantes alcanzaron resultados favorables, una con sobrepeso pasó a normal y otra de obesidad tipo II bajó a tipo I. En el grupo de edades de 30 a 34 años, una de las participantes tuvo movimiento a favor pasando de obesidad tipo II a tipo I, que provocó que en las restantes categorías, se fueran cambiando de posición en la tabla lo que implica que cuatro mujeres lograron resultados favorables.

En 35/39 años encontramos dos con peso normal en la medición inicial y cuatro en la final, debido al cambio de posición de dos participantes de las que tenían sobrepeso y una de obesidad tipo II disminuyó a tipo I que suman cuatro mujeres con mejoría en su peso corporal. Entre las del grupo de 40 a 44 años, el cambio de posición fue de tres participantes, una logró bajar de sobrepeso a peso normal y las otras dos de obesidad tipo II a tipo I y de tipo I a sobrepeso, mientras que en las de 45 a 49 años, dos mujeres con sobrepeso pasaron a peso normal y una con obesidad tipo I bajó a la categoría de sobrepeso lo que significa que la mejoría del peso se presentó en tres participantes de este grupo de edades.

El grupo de 50 a 54 años no tuvo variación de una prueba a la otra y en el de 55 a 59, una de las mujeres aumentó de peso y pasó de la categoría de sobrepeso a obesidad tipo I.

En total, 29.6% de mujeres disminuyeron su peso que es un resultado superior al del grupo vespertino (20.8%).
(Tabla 3. Resultados imc. Primera y segunda pruebas)

RANGOS DE EDADES

	25/29		30/34		35/39		40/44		45/49		50/54		55/59		Totales	
Pruebas	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da
Desnutridos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Peso normal	7	8	2	3	2	4	1	2	0	2	0	0	0	0	12	19
Sobrepeso	1	0	2	2	4	2	3	3	4	3	2	2	2	1	18	13
Obesidad tipo I	0	1	2	2	2	3	3	3	3	2	1	1	2	3	13	16
Obesidad tipo II	1	0	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	0	0	9	6
Obesidad tipo III	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2
Totales	9	9	8	8	10	10	9	9	9	9	6	6	4	4	64	64

Tabla 3.- Resultados IMC. Primera y segunda pruebas

En el comportamiento en las pruebas de condición física se constataron mejoras en la segunda medición con relación a la primera. En flexibilidad, por ejemplo, en la segunda prueba hubo media de 14.71



cm mientras que en la primera fue 13.03 cm. Las pruebas de abdominales también fueron mayores en la evaluación final que en la inicial. En este sentido, se comprobó media de 35.6 repeticiones en la primera medición y de 39.3 en la segunda. En lagartijas y sentadillas también se mejoraron los valores medios y en esta última se mejoraron también el mínimo y máximo.

La resistencia fue la cualidad física que más aumentó al comparar los resultados de la medición final con la inicial. La resistencia se tuvo en cuenta para evaluar la capacidad aeróbica de cada participante que les permitiera tolerar cargas de trabajo por largos periodos de tiempo y, para ello, se aplicó la prueba del test de Cooper, modificado a seis minutos, consistente en correr o caminar a un ritmo constante durante seis minutos con la correspondiente medición de la distancia recorrida. La medición final a las participantes arrojó un resultado de casi 69 metros de diferencia en el valor medio de una prueba a la otra, aunque la dispersión de los datos se mantuvo alta que refleja diferencias de actuación entre las amas de casa del estudio.

(Tabla 4. Estado de la condición física. Medición inicial y final)

ESTADO DE LA CONDICION FISICA. MEDICIONES INICIAL Y FINAL

Pruebas	Mínimo		Máximo		Media		Desv. Est.	
	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da
Flexibilidad	-14	-14	24	27	12.8	14.8	9.01	9.42
Abdominales	8	17	29	32	21.8	25.3	3.94	2.84
Lagartijas	15	20	35	38	27.9	30.8	5.36	4.52
Sentadillas	15	22	37	39	28.3	32.3	5.73	4.67
Resistencia (metros)	415	465	1030	1120	716.1	778.4	163.65	163.09

Tabla 4.- Estado de la condición física

Al aplicarse la prueba estadística, para muestras relacionadas, t de Student al 95% de confiabilidad se detectó que no existen diferencias significativas entre los resultados de ambas pruebas. Antes se había realizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la aproximación de la muestra a la distribución normal comprobándose que los datos se distribuían de manera normal.

Conclusiones

En comparación con el grupo vespertino, hubo mejora en los niveles de IMC de las participantes, lo que pudo ser consecuencia de la práctica de ejercicios de resistencia que no se llevó a cabo en aquel grupo. Esta situación debe ser objetivo de un próximo estudio, porque es un reflejo de modificaciones en el estilo de vida de las participantes.

Otro reflejo de cambios del estilo de vida se pudo constatar en la dedicación a la práctica de actividades físicas, que resultó en notable mejoría del estado de condición física. En este sentido, la resistencia

fue la cualidad que mayor modificación alcanzó al comparar la segunda prueba con la primera.

La continuación de este estudio y el seguimiento a este grupo de la mañana y al otro grupo de la tarde son recomendaciones que se deben realizar para avanzar en el estudio de la influencia de las actividades físicas en el estilo de vida de la población femenina carmelita.

Bibliografía:

González Lavalle, F. y Ríos González, J. 2006. Síndrome Metabólico y Enfermedad Cardiovascular. Editorial Intersistemas, México, p. 89.
Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud. 2007-2012.
Organización Mundial de la Salud (OMS). 1995. Declaración de Consenso de Quebec sobre Actividad Física, Salud y Bienestar.
Organización Mundial de la Salud (OMS). 2002. Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana.
Organización Mundial de la Salud (OMS). 2007. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital.
Organización Mundial de la Salud (OMS). 2012. Nota Descriptiva número 311
<http://www.cooperaerobics.com/>