

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**POSTGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**



**COMPETENCIAS QUE TIENEN LOS MÉDICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA  
EN SALUD PARA PROMOCIONAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN  
ACTIVIDAD FISICA, TEGUCIGALPA, ABRIL 2012**

**PRESENTADO POR**  
**DIONISIA MANCEL RAMOS DIAZ**

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE**  
**MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**ASESOR**  
**DR. JORGE SIERRA**  
**DRA. NORA RODRIGUEZ**

**TEGUCIGALPA, M.D.C.**

**OCTUBRE, 2013, HONDURAS, C.A.**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

**UNAH**

---

**RECTORA**

**Licda. JULIETA CASTELLANOS RUIZ**

**VICE RECTORA ACADEMICA**

**Dra. RUTILIA CALDERON PADILLA**

**VICE RECTOR DE ASUNTOS ESTUDIANTILES**

**Lic. AYAX IRIAS COELLO**

**VICE RECTORA DE ASUNTOS INTERNACIONALES**

**MSc. MAYRA FALK**

**SECRETARIA GENERAL**

**Licda. ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**MSc. LETICIA SALOMON**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Dr. MARCO TULIO MEDINA**

**SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO**

**COORDINADOR GENERAL DEL POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA**

**Dr. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES**

## **DEDICATORIA**

A mis hijas Mamselle, Alejandra y Denisse Gonzales Ramos, quienes son mujeres virtuosas que han sabido tomar su camino en forma acertada y de quien me siento muy orgullosa, a mi hija Gabriela Esther Gonzales Ramos (QDDG) quien siempre está en mi mente, a mi nieto Kenneth Ozem, a todos ellos los amo y los cuales han sido el motor de mi existencia y me han motivado a ser cada día una mejor persona y cedieron su tiempo para que su madre estudiara.

A todas las madres adolescentes que han podido salir adelante con un alto grado de dignidad a pesar que las sociedades las suele estereotipar.

## **AGRADECIMIENTOS**

“Gracias doy a la mano con puñal, porque me mato tan mal y así seguir cantando” Mercedes Sosa.

Doy Gracias a la vida por todos los retos e injusticias que me ha tocado vivir las cuales se convirtieron siempre en impulso positivo para seguir estudiando, a pesar de que en este sistema en que vivimos se valora más el compadrazgo que la ciencia.

A Juan Francisco un hombre con alto pensamiento científico y humanista, de quien aprendí y sigo aprendiendo.

A mi madre, mis hermanos, mis sobrinos, a mis yernos: Ozem Flores, Ludving Jacobson y Marcel Hamelmann, a todos mis docentes del POSAP, docentes del Diplomado de manejo de enfermedades crónicas, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, a la Ing. Adriana Hernández, Dra. Argentina Alas y en especial a mi tutora: Dra. Nora Rodríguez.

## INDICE

I. Introducción	1
II. Objetivos	5
III. Marco Teórico	6
3.1 Salud pública y promoción de la salud	6
3.2 Atención primaria en salud y APS renovada.	16
3.3 Modelo de competencias en la formación de Recursos Humanos en Salud.	26
3.4. Promoción de estilos de vida saludables en actividad física.	33
3.5 Relación de la Actividad Física con la prevención y control de diferentes enfermedades.	40
3.6 Recomendaciones y consideraciones médicas en la Actividad Física.	46
IV. Metodología	61
V. Resultados	62
VI. Análisis de Resultados	82
VII. Conclusiones	86
VIII. Recomendaciones	89
IX. Bibliografía	91
X. Anexos	97

## **I. INTRODUCCION**

Las enfermedades crónicas no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer y enfermedades respiratorias, son responsables del 59% de 56.5 millones de muertes anuales y el 45.9% de la carga global de enfermedad, son la mayor causa de muerte y discapacidad a nivel mundial. Pocos factores de riesgo, altamente prevenibles, causan la mayor parte de la carga de las enfermedades crónicas Según la encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgos de enfermedades crónicas (CAMDI) que se realizó en Tegucigalpa Honduras, indica que 1 de cada 3 personas presenta sobrepeso y una de cada 5 presento obesidad. Las enfermedades crónico degenerativas pueden ser prevenibles a través de llevar desde el comienzo de nuestro existir estilos de vida saludables, pero la vida moderna nos ha llevado a optar estilo de vida no convenientes para la salud, trayendo como consecuencia este tipo de enfermedades que van en forma creciente no solo a nivel de mundial sino que de país y la idea debe ser no solo agregar años de vida sino también vida a los años. La evidencia actual es concluyente en afirmar que la actividad física practicada en forma regular son agentes protectores contra la mayoría de enfermedades crónicas no transmisibles; a la vez, igualmente evidente es que la obesidad y el sedentarismo o inactividad física es un factor causal de muchas de estas enfermedades. Según la Carta de Ottawa (1986) la promoción de la salud “consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la

salud y ejercer un mayor control sobre la misma” en consecuencia para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar actos consientes para poder resolver y satisfacer sus necesidades y cambiar para mejorar, es innegable entonces que se le debe proporcionar todo lo necesario a las personas para que opten por una vida saludable.

Toda renovación sistémica en los servicios de salud conlleva profundas transformaciones en los modelos de gestión y de atención, generando forzosamente demanda de nuevas competencias y modificando en consecuencia la estructura de los recursos humanos. Uno de los elementos definitorios de la educación permanente es su orientación hacia y desde el trabajo cotidiano, la programación del aprendizaje desde la realidad laboral y la orientación hacia la mejora del desempeño utilizando el enfoque de competencias profesionales.

Sin duda las competencias constituyen en la actualidad una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permiten mejorar la articulación entre gestión, trabajo y educación. Del análisis de sus diversas definiciones puede concluirse que las competencias son características permanentes —conocimientos, actitudes y habilidades— que la persona demuestra cuando realiza con éxito una actividad, sea laboral o de otra índole.

Se debe capacitar recursos humanos como uno de los pilares esenciales para su desarrollo, considerándose prioritario el fortalecimiento de las competencias

de aquellos profesionales que deberán liderar el proceso de transformación hacia sistemas de salud basados en su proximidad y relación con la comunidad, la atención primaria debe manejar correctamente y resolver los problemas de salud que le son inherentes.

Tradicionalmente la APS se ha polarizado hacia la atención materno infantil y predominantemente hacia los casos agudos de salud, olvidando los cuidados preventivos, las enfermedades crónicas y los factores sociales que afectan a la salud.

El fortalecimiento del primer nivel de atención exige asimismo que los programas de capacitación incorporen conocimientos teóricos y prácticos, científicos, técnicos y humanos, y que su orientación incluya a los profesionales que toman decisiones. Las áreas objeto de capacitación deben centrarse en temas referidos a la solución de problemas, al manejo de la información para la toma de decisiones y a la equidad y eficiencia en la distribución de recursos.

Se necesita entonces personal de salud que frente a esta nueva situación de epidemias de las enfermedades crónico degenerativas tenga las competencias establecidas en la educación superior sobre la promoción de la salud, esto beneficiaría a la sociedad pues a través de un tratamiento no farmacológico como es mejorar la alimentación y actividad física, los estados podrían ahorrarse mucho dinero, el cual puede ser destinado a otros rubros.

Por lo tanto promocionar la salud a través de cambios de estilo de vida saludable en aspectos como la actividad física, para la prevención y control de

las enfermedades crónicas transmisibles es de suma importancia; por lo tanto determinar las competencias adquiridas del personal médico para tratar dicha problemática se torna un problema a investigar.

## **I. OBJETIVOS**

### **A. GENERAL:**

Conocer las competencias que tiene los médicos generales en atención primaria en salud para promocionar estilos de vida saludables en actividad física, Tegucigalpa, Honduras, abril 2012.

### **B. ESPECIFICOS**

1. Caracterizar la población de estudio en relación a sexo, edad, años de servicio.
2. Determinar las competencias de conocimientos y habilidades en atención primaria en Salud que tienen los médicos para promocionar estilos de vida saludable en actividad física.
3. Determinar las competencias del deber ser de los médicos como modelos que empatizan con sus pacientes a través de seguir estilos de vida saludable en actividad física.

### **III. MARCO TEORICO**

#### **3.1 SALUD PÚBLICA Y PROMOCION DE LA SALUD**

##### **3.1.1 Salud Pública.**

Según Toledo Curbelo en su libro Fundamento de Salud Pública : “Salud Publica es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad y la discapacidad, prolongar la vida y fomentar la salud física y mental y la eficiencia mediante esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del ambiente, control de enfermedades infecciosas y traumatismos, educación del individuo en principios de higiene personal, organización de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y para rehabilitación, y el desarrollo de la maquinaria social que asegurará a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.” (Gabriel, 2005, pág. 16)

La salud pública es un pensamiento social y político con el objetivo de mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria; Se debe hacer notorio los muy distintos enfoques sobre el abordaje y el análisis de los determinantes de la salud, así como sobre las diferentes maneras para solucionar los problemas de salud pública.

Se debe visualizar una nueva salud pública que se base en una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida que determinan el estado de salud y la importancia de la necesidad de mover los

recursos y realizar inversiones en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud.

### **3.1.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD.**

Para comenzar a visualizar la promoción a la salud se necesita estar claro sobre el concepto de lo que es la salud, según OMS en el año 1948 define a la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.” (Silvina, 2003) Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Según la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986:

La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida, se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. También describe el concepto de la salud como un derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.

Reconocer estas situaciones pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de

vida individuales y la salud. Estas uniones de determinantes constituyen la clave para un entendimiento integral de la salud que es principal concepto de de la promoción de la salud.

La OMS considera que la salud es un derecho humano fundamental y, en consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos. Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

Al ir comprendiendo la Salud tanto como un estado de bienestar general así como un derecho humano se puede comenzar a interpretar que la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Según la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986, (Organización Mundial de la Salud, 1986) la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La

participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

La Carta de Ottawa identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud. Éstas son : La abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas; facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud:

1. Establecer una política pública saludable
2. Crear entornos que apoyen la salud
3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud
4. Desarrollar las habilidades personales.
5. Reorientar los servicios sanitarios

La Declaración de Yakarta (Organización Mundial de la Salud, 1997) confirma que estas estrategias y áreas de acción son esenciales para todos los países.

Además, existe una evidencia clara de que: Los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más eficaces. Los que utilizan combinaciones de estas cinco estrategias son más eficaces que los enfoques de una sola vía.

Los escenarios para la salud ofrecen oportunidades prácticas para la aplicación de estrategias globales.

La participación es esencial para sostener los esfuerzos. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces. La alfabetización sanitaria/aprendizaje sanitario fomenta la participación. El acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva al igual que el empoderamiento de las personas y las comunidades.

La Declaración de Yakarta identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social para la salud
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1997) la prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

A continuación se establece diferentes términos muy ligados a la Salud Pública que fueron extraídos del Glosario de la promoción de la salud de la Organización Mundial de la salud en Ginebra 1997:

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tiene por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.

La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta.

En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

La promoción de la salud abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las básicas habilidades para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud. En este sentido, la promoción de la salud (Silva P.J., 1999) va dirigida a crear las mejores condiciones para que haya una relación entre los esfuerzos de los individuos y los resultados de salud que obtienen. Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. El

empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal.

La conducta orientada hacia la salud según el glosario de promoción de la salud del año 1986 es “cualquier actividad de una persona, con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin.” Es posible debatir que todo comportamiento o actividad de un individuo tiene alguna influencia sobre la salud.

En este argumento, puede ser útil distinguir entre los maneras que se amparan deliberadamente con el fin de promover o proteger la salud, y aquellos que puedan adoptarse con independencia de los resultados que puedan tener para la salud.

Las conductas orientadas hacia la salud se diferencian de las conductas de riesgo, en que estas son comportamientos asociados a una mayor susceptibilidad para una causa específica de mala salud.

Las conductas orientadas hacia la salud y las conductas de riesgo a menudo se agrupan en unos patrones más complejos de comportamientos conocidos como estilos de vida.

### **3. 1.3 ESTILO DE VIDA SALUDABLE.**

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros.

Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento.

La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida.

Las habilidades para la vida son capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana.

Las habilidades para la vida son habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas,

desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que éste cambie. Como ejemplos de habilidades de vida individuales se pueden citar la toma de decisiones y la solución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, el conocimiento de sí mismo y la empatía, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para hacer frente a las emociones y manejar el estrés.

Las habilidades de vida tal y como se definen anteriormente son elementos constitutivos fundamentales del desarrollo de las habilidades personales para la promoción de la salud descritas como una de las áreas de acción clave en la Carta de Ottawa.

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio.

Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino

también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento.

Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida. (Restrepo HE, 2001)

### **3.2 ATENCION PRIMARIA EN SALUD Y APS RENOVADA.**

En la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977, se definió una política de salud aceptada por todos los países y denominada “Salud para todos en el año 2000”. En el año 1978 en la reunión de Alma Ata, quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como: “Atención Primaria de Salud” (APS).

Posteriormente se definieron para la región de las Américas las metas mínimas en salud que debían ser alcanzadas a través de la APS.

La declaración de Alma Ata señala que: “La APS es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y auto determinación.

La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

### **3.2.1 CARACTERÍSTICAS DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

Según la declaración de Alma Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria en salud y participar en ella, también declara que:

“La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.”

El enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación/participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles.

Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas.

Otras actividades esenciales son la promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta, el abastecimiento de agua potable y un saneamiento básico; la asistencia sanitaria materno infantil, incluida la planificación familiar; la inmunización, el tratamiento adecuado de enfermedades y lesiones comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

La atención primaria de salud así definida contribuirá en gran medida a abordar muchos de los prerrequisitos sanitarios anteriormente indicados. Además, a nivel práctico, existe un amplio campo para la promoción de la salud tanto planificada como espontánea a través del contacto diario entre el personal de atención primaria de salud y los individuos de su comunidad.

Mediante la educación para la salud de los usuarios y la abogacía por la salud en beneficio de su comunidad, el personal de atención primaria de salud está en una situación óptima para apoyar las necesidades individuales y para influir en la formulación de las políticas y programas que afectan a la salud de su comunidad.

En la ponencia de Álvaro Franco Giraldo, sobre la Atención primaria en Salud ¿De regreso al pasado? (Franco-Giraldo, 2011) Expone que la motivación principal de esta ponencia estuvo centrada en la indagación por la renovación de la atención primaria en salud y en la reorientación de los sistemas de salud. Pareciera de acuerdo con el análisis de los hechos, que con el actual orden

internacional no se pudiera garantizar la eficacia de las acciones sociales ni el funcionamiento de los sistemas de salud.

El contexto actual apunta en una dirección contraria al afianzamiento de los principios éticos de la salud, peor aún, cuando se mantienen posiciones poco críticas frente al escenario mundial, los determinantes de la salud - enfermedad y la mercantilización de los sistemas de salud.

Y, a fe, que la renovación de la APS, más que eso, debe ser un esfuerzo por reconquistar aquellos valores sobre los cuales se erigen los sistemas de salud; de ahí la importancia de volver a posicionar esta estrategia en el ámbito sanitario, ampliando su filosofía a la práctica en salud, en general.

### **3.2.2 CARACTERIZACION DE LA APS EN HONDURAS.**

En el país, las instituciones que proveen servicios de atención primaria son: Secretaria de Salud a través de su red de servicios la cual además ejerce el rol rector, presta servicios a través de 28 hospitales, agrupados en los niveles nacional, regional y de área; 32 Clínicas Materno Infantiles (CMI); 252 Centros de Salud con Médico (CESAMO); 1058 Centros de Salud Rurales (CESAR); 4 Clínicas Periféricas de Emergencia (CLIPER), y 14 Consejerías de Familia especializadas en el manejo de la violencia intrafamiliar, sumando un total de 1,648 unidades prestadoras de servicios.

El Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA) constituye parte del Sistema de Salud público desarrollando actividades mayoritariamente de tipo preventivo.

El IHSS dispone de dos hospitales ubicados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, siete clínicas periféricas, un centro odontológico, dos centros de medicina física y rehabilitación y un centro para atención del adulto mayor, además de los contratos subrogados con 32 clínicas privadas.

El sector privado dispone de 259 clínicas con fines de lucro, 35 clínicas sin fines de lucro (ONG) y 23 hospitales con fines de lucro y finalmente los Gobiernos Locales, los que a través de sus municipalidades, fortalecen la red de servicios públicos a través de la contratación de personal de salud. Las ONG con y sin fines de lucro, por ejemplo, CARE, Visión Mundial HOGASA, Médicos Mundi, Aldea Global, Asociaciones de Pastores, ASHONPLAFA, MOPAWI etc.

Las universidades formadoras de profesionales de la salud UNAH con sus carreras en los niveles de pregrado y postgrado, UNICAH, quienes además de la formación del recurso, son los que constituyen el mayor porcentaje de los servidores públicos de salud del país.

La cobertura del Sistema de Servicios de Salud del país, asciende aproximadamente a un 83% de la población. La Secretaría de Salud atiende al 60%, de la población no asegurada y en su mayoría de escasos recursos; el IHSS atiende a un 18%, correspondiente a la población económicamente activa que está asegurada, en tanto que el subsector privado cubre a un 5% que paga por los servicios. Estos porcentajes no son excluyentes mutuamente, ya que la Secretaría de Salud puede brindar asistencia a cualquier población.

Un aproximado de 17% de la población no tiene cobertura de servicios de salud. De la población que tiene acceso a los servicios de salud por parte de la Secretaría de Salud, son los estratos más empobrecidos quienes reciben la cobertura de atenciones más altas, por encima del promedio nacional.

Para brindar los servicios de Atención Primaria en Salud, la Secretaría de Salud se agrupa según el tipo de establecimiento y complejidad: en los CESARES programados para una población de 2,000 habitantes, una auxiliar de enfermería y un trabajador de salud ambiental (TSA), en los CESAMOS programados para 5,000 a 10,000 habitantes son atendidos por un médico general, una enfermera profesional, tres auxiliares de enfermería, odontólogo y un TSA. En los Hospitales de primer nivel, estos servicios son ofrecidos por médicos generales, enfermeras profesionales.

Por su parte, el IHSS ofrece estos servicios a través de médicos generales, enfermeras profesionales, trabajadores sociales, educadores en salud y bachilleres en salud. En el sector privado, los servicios de atención primaria son brindados por médicos, enfermeras profesionales y auxiliares en enfermería.

Las acciones y actividades de la Secretaría de Salud proveen servicios de APS enmarcados en programas, actividades y acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación según el perfil de cada una de ellos.

En el caso de las de la SS, entre los programas relevantes están: En la Atención Integral de la Familia: Atención al Adolescente, Atención al Niño, Atención a la Mujer, Atención al Hombre y Atención a la Tercera Edad; en el

Control de Enfermedades de Transmisión Vectorial: Dengue, Chagas, Leishmaniasis, Malaria, Leptospirosis, en el de Enfermedades de Transmisión Sexual: VIH- SIDA, ITS. Otros programas existentes son: TBC, Salud Mental, Salud Oral, PAI, Atención a Etnias, Promoción de la Salud, Cáncer, Enfermedades Crónico Degenerativas, Rehabilitación y Rabia. Todas estas acciones se realizan en el IHSS, que también desarrolla acciones de promoción y prevención en salud en empresas.- Paralelamente, la SS y el IHSS además han establecido convenios con instituciones nacionales y extranjeras para apoyar en la formación del recurso humano en APS.

Con otras instancias de tipo no-gubernamental, local y comunitario se pretende generar espacios participativos en el proceso de diseño y seguimiento en la ejecución de programas con visión sectorial, institucionalizar instancias de diálogo como esquema permanente de participación ciudadana y colaborar con el proceso de coordinación y ordenamiento de la cooperación internacional, mediante el intercambio de información en las prioridades nacionales para apoyar a las autoridades en la toma de decisiones.

El relacionamiento de cada uno tiene como base los documentos oficiales que contemplan los compromisos nacionales e internacionales como la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP), los ODM, el Plan Nacional 2021 y la Política Nacional de Salud 2006-2010, entre otros.

El país ha ensayado algunas experiencias en el área rural como urbana por parte, de la SS, desde 1972 y del IHSS, a partir del 2002, que tienen como base

los lineamientos y principios de APS en la provisión de servicios de salud. Actualmente, en el marco de la Reforma del Sector Salud, se están impulsando acciones y procesos encaminados a definir un modelo de atención, gestión y financiamiento en donde la familia y la comunidad tengan un rol preponderante, el cual se espera (Secretaria de Salud, Republica de Honduras, 2009)

### **3.2.3 AREAS DE COMPETENCIA DE LA APS.**

De la identificación de las competencias de los equipos de APS en los sistemas y servicios de salud como un componente crítico para el avance de la renovación de la atención primaria, por entenderse que la consecución de servicios de calidad, sostenibles y aceptados por la población requiere profesionales que lideren el proceso de cambio en todos los niveles del sistema. (Nebot Adell C, 2009)

### **3.2.4 COMPETENCIAS CONSIDERADAS MÁS IDÓNEAS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)**

#### **CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA APS**

Enfoque integral: vida, género, culturas, individuo, familia, comunidad, Trabajo en equipo, Coordinación entre niveles: sistemas de referencia y contra-referencia.

#### **1. ÁREA CLÍNICA**

Trato al paciente

Atención centrada en el individuo y la familia

Atención preventiva, curativa, rehabilitadora y cuidados paliativos Seguimiento compartido Emergencias Atención domiciliaria

## **2. COMUNICACIÓN**

Entre profesionales

Entre profesionales de salud e individuos

Con la comunidad

Manejo de conflictos

Anuncio de malas noticias

## **3. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO**

Uso de sistemas de información

Uso de internet

Medicina basada en pruebas (guías clínicas)

## **4. SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Conocimientos de epidemiología

Enfermedades de declaración obligatoria, brotes, campañas de vacunación

Hábitos y estilos de vida.

## **5.ÁREA DE GESTIÓN**

Funciones administrativas y gerenciales: liderazgo, supervisión y coordinación.

Negociación

Gestión de la calidad, reclamos

Planificación y evaluación

Gestión clínica

### **3.3 MODELO DE COMPETENCIAS EN LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.**

#### **3.1 ANTECEDENTES DEL MODELO DE COMPETENCIAS.**

El constructivismo es donde están sentadas las bases del modelo de competencias, así que en este presente escrito se desarrolla de inicio la teoría del constructivismo del cual se puede decir que es una posición epistemológica, una manera para explicar cómo el ser humano, a lo largo de su historia personal, va desarrollando lo que llamamos intelecto y va conformando sus conocimientos.

El constructivismo constituye una teoría del aprendizaje que se basa en los estudios realizados principalmente por Piaget, Ausubel, Vigotzky y Bruner.

Entre los principales expositores del Constructivismo encontramos los siguientes:

#### **TEORÍA PSICOGENÉTICA DE PIAGET**

El constructivismo cognitivista de Piaget (Adran, 2008) Las etapas establecidas por Piaget para el Desarrollo Cognitivo son las siguientes: Sensoromotor (desde neonato hasta los 2 años) cuando el niño usa sus capacidades sensoras y motoras para explorar y ganar conocimiento de su medio ambiente. Preoperacional (desde los 2 a los 7 años) cuando los niños comienzan a usar símbolos. Responden a los objetos y a los eventos e acuerdo a lo que parecen que "son".

Operaciones concretas (desde los 7 a los 11 años) cuando los niños empiezan a pensar lógicamente.

Operaciones formales (desde los 11 años en adelante) cuando empiezan a pensar acerca del pensamiento y el pensamiento es sistemático y abstracto.

Los tres mecanismos para el aprendizaje son:

- ✓ Asimilación: adecuar una nueva experiencia en una estructura mental existente.
- ✓ Acomodación: revisar un esquema preexistente a causa de una nueva experiencia.
- ✓ Equilibrio: buscar estabilidad cognoscitiva a través de la asimilación y la acomodación.

**J.Bruner:** en la estructura teórica de Bruner es que el aprendizaje es un proceso activo en el cual los alumnos construyen nuevas ideas o conceptos basándose en su conocimiento corriente o pasado. La teoría constructivista de Bruner es una estructura general para la instrucción basada sobre el estudio de la cognición.

Gran parte de la teoría está vinculada a la investigación sobre el desarrollo de los niños (especialmente Piaget ).

Las ideas planteadas en Bruner (1960) se originaron a partir de una conferencia enfocada en la ciencia y el aprendizaje de las matemáticas. Bruner ilustró su

teoría en el contexto de los programas de matemáticas y ciencias sociales para jóvenes.

El desarrollo original de la estructura de los procesos de razonamiento se describe en Bruner, Goodnow & Austin (1951). Bruner (1983) se concentra en el aprendizaje del lenguaje en los jóvenes.

### **TEORÍA DEL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO.**

La perspectiva de Ausubel: (Rodríguez M, 2011)

En la década de los 70's, las propuestas de Bruner sobre el Aprendizaje por Descubrimiento estaban tomando fuerza. En ese momento, las escuelas buscaban que los niños construyeran su conocimiento a través del descubrimiento de contenidos. Ausubel considera que el aprendizaje por descubrimiento no debe ser presentado como opuesto al aprendizaje por exposición (recepción), ya que éste puede ser igual de eficaz, si se cumplen unas características. Así, el aprendizaje escolar puede darse por recepción o por descubrimiento, como estrategia de enseñanza, y puede lograr un aprendizaje significativo o memorístico y repetitivo.

De acuerdo al aprendizaje significativo, los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del alumno. Esto se logra cuando el estudiante relaciona los nuevos conocimientos con los anteriormente adquiridos; pero también es necesario que el alumno se interese por aprender lo que se le está mostrando.

## **LEV VIGOTSKY:**

### **TEORIA DEL CONSTRUCTIVISMO SOCIAL** (Angeles, 2012)

Constructivismo Social es aquel modelo basado en el constructivismo, que dicta que el conocimiento además de formarse a partir de las relaciones ambiente-yo, es la suma del factor entorno social a la ecuación: Los nuevos conocimientos se forman a partir de los propios esquemas de la persona producto de su realidad, y su comparación con los esquemas de los demás individuos que lo rodean.

El constructivismo social es una rama que parte del principio del constructivismo puro y el simple constructivismo es una teoría que intenta explicar cuál es la naturaleza del conocimiento humano.

### **3.3.2 EDUCACION POR COMPETENCIAS.**

La UNESCO expresa: En la Conferencia Mundial sobre la Educación Superior (1998) (Vazquez y, 2001) en la sede de la UNESCO se expresó que es necesario propiciar el aprendizaje permanente y la construcción de las competencias adecuadas para contribuir al desarrollo cultural, social y económico de la sociedad.

El conocimiento se construye, es una construcción, El sujeto posee estructuras mentales previas que se modifican a través del proceso de adaptación, El sujeto que conoce es el que construye su propia representación de la realidad, se construye a través de acciones sobre la realidad. El aprendiz aprende "cómo" aprende (no solamente "qué"), Aprender es construir, El aprendiz debe tener un rol activo.

La educación por competencias en el marco de la formación pretende ser un enfoque integral que busca vincular el sector educativo con el productivo y elevar el potencial de los estudios de los individuos, de cara a las transformaciones que sufre el mundo actual y la sociedad contemporánea.

El tema respecto a la educación por competencias y formación a menudo se centra fundamentalmente en la construcción de discursos que se orientan a impulsar el saber, no obstante las nuevas modalidades educativas reúnen objetivos claros y definidos del proceso, que implican la demostración del Saber (conocimientos), en el Saber Hacer (de las competencias) y en las Actitudes (compromiso personal-en el Ser) lo que determina en la formación como un proceso que va más allá de transmitir saberes y destrezas.

La combinación de la aplicación de conocimientos, habilidades o destrezas son los objetivos y contenido del trabajo a realizar y se expresa en el Saber, el Saber Hacer y el Saber Ser.

La competencia tiene que ver con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos. La flexibilidad y capacidad de adaptación resultan claves para el nuevo tipo de logro que busca el trabajo y la educación como desarrollo general, para que las personas hagan algo con lo que saben.

El término competencia, entonces, puede ser definido de manera general, como un "saber hacer, sobre algo, con determinadas actitudes", es decir, como una medida de lo que una persona puede hacer bien como resultado de la

integración de sus conocimientos, habilidades, actitudes y cualidades personales.

### **3.3 MODELO DE COMPETENCIAS EN LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.**

En todo sistema de servicios de salud, son los trabajadores de la salud profesionales, técnicos y auxiliares de la salud junto a los usuarios quienes. Efectivamente definen los servicios que serán producidos, cuando, donde, en que cantidad serán consumidos y por lo tanto, el impacto que tendrán dichos servicios sobre la condición de salud de las personas. Por ello el éxito de las acciones de salud depende en gran medida de la efectividad y calidad de la gestión de dicho recurso humano de salud en su contribución a la atención de la salud que es el lugar donde el trabajador de salud actúa técnicamente y hace efectivo su contrato de trabajo.

Las competencias están relacionadas con los tiempos de crisis, Aparecen como exigencia derivada del proceso de globalización y del fenómeno de transformación productiva que hace de la competitividad el núcleo central de la economía globalizada. En su libro sobre modelos y sobre modelos y surgimientos, Leonard Mertens señala su aparición en la época de los ochenta, en algunos países industrializados, sobre todo en aquellos que presentan mayores problemas para relacionar el sistema educativo con el productivo. Puesto que la salud y la atención de salud constituyen preocupaciones de todos, se puede afirmar de todas las personas deberían tener actitudes y

formas de comportamiento en pro de la salud y la atención de salud. Sin embargo la preocupación en este caso se refiere a las clases de personas que están o pueden estar en condiciones de influir en la actitud o la conducta de otras personas o grupos que dispensan atención de salud. No obstante, ante todo será preciso que esas personas influyentes cambien sus propias actitudes y patrones de comportamiento.

En el presente estudio se está indagando en relación a las competencias que deben de tener los médicos en relación a la Atención Primaria en Salud en Actividad Física, en relación a las actitudes hay todo un abanico de valores que se pueden tomar en cuenta, pero para esta investigación solo se tomara el valor de la empatía, pues se considera importante que en el área de consejería de Actividad Física, se debe tener ampliamente el desarrollo de este valor para poder entender cómo funcionan los pacientes en relación de ejercer o no ejercicio para beneficiar su salud.

### **3.3 MODELO DE COMPETENCIAS EN LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.**

En todo sistema de servicios de salud, son los trabajadores de la salud profesionales, técnicos y auxiliares de la salud junto a los usuarios quienes. Efectivamente definen los servicios que serán producidos, cuando, donde, en que cantidad serán consumidos y por lo tanto, el impacto que tendrán dichos servicios sobre la condición de salud de las personas.

Por ello el éxito de las acciones de salud depende en gran medida de la efectividad y calidad de la gestión de dichos recurso humano de salud en su contribución a la atención de la salud que es el lugar donde el trabajador de salud actúa técnicamente y hace efectivo su contrato de trabajo.

Las competencias están relacionadas con los tiempos de crisis, Aparecen como exigencia derivada del proceso de globalización y del fenómeno de transformación productiva que hace de la competitividad el núcleo central de la economía globalizada.

En su libro sobre modelos y sobre modelos y surgimientos, Leonard Mertens señala su aparición en la época de los ochenta, en algunos países industrializados, sobre todo en aquellos que presentan mayores problemas para relacionar el sistema educativo con el productivo. (Irigón & Vargas, 2002)

Puesto que la salud y la atención de salud constituyen preocupaciones de todos, se puede afirmar que todas las personas deberían tener actitudes y formas de comportamiento en pro de la salud y la atención de salud. Sin embargo la preocupación en este caso se refiere a las clases de personas que están o pueden estar en condiciones de influir en la actitud o la conducta de otras personas o grupos que dispensan atención de salud. No obstante, ante todo será preciso que esas personas influyentes cambien sus propias actitudes y patrones de comportamiento. (Mejía, 1984)

En el presente estudio se está indagando en relación a las competencias que deben de tener los médicos en relación a la Atención Primaria en Salud en

Actividad Física, en relación a las actitudes hay todo un abanico de valores que se pueden tomar en cuenta, pero para esta investigación solo se tomara el valor de la empatía, pues se considera importante que en el área de consejería de Actividad Física, se debe tener ampliamente el desarrollo de este valor para poder entender cómo funcionan los pacientes en relación de ejercer o no ejercicio para beneficiar su salud.

### **3. 4. PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN ACTIVIDAD FISICA.**

#### **3.4.1 ACTIVIDAD FÍSICA COMO PROTECTOR DE LA SALUD**

Desde mucho tiempo atrás se han relacionado los hábitos alimentarios y la actividad física a la salud. En 480 A.C., Hipócrates escribió: “Una salud positiva requiere conocimientos sobre la constitución primaria del hombre (genética) y los poderes de diversas comidas, tanto naturales como las producidas por la habilidad humana (alimentos procesados). Pero el sólo comer no es suficiente para la salud. También se debe practicar ejercicio, y adquirir conocimientos acerca de sus efectos. La combinación de estas dos cosas constituye un régimen adecuado cuando se pone debida atención a la estación del año, los cambios de los vientos, la edad del individuo y la situación en el hogar. Si hay alguna deficiencia en la comida o en el ejercicio, el cuerpo se enfermará”. (Bray, 2003)

Existe evidencia convincente que la actividad física regular (factor protector) reduce el riesgo de padecer varias enfermedades crónicas no transmisibles, como la enfermedad coronaria, diabetes mellitus, osteoporosis, hipertensión arterial y cáncer de colon, de acuerdo al reporte de expertos de OMS Dieta, nutrición y la prevención de enfermedades crónicas publicado en 2003. (WHO, 2003)

De la misma manera, se tiene evidencia convincente que el sedentarismo (factor causal) aumenta el riesgo de padecer las enfermedades mencionadas.

En 1990, las cinco enfermedades con mayor carga de enfermedad en el mundo, de acuerdo al indicador años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) fueron, en orden descendente: infección respiratoria baja, enfermedades diarreicas, enfermedades perinatales, depresión mayor y enfermedad coronaria del corazón. Para el año 2020 se ha proyectado que las cinco enfermedades que producirán la mayor carga de enfermedad o lesión serán, en orden descendente, la enfermedad coronaria del corazón, depresión mayor, accidentes de tránsito, accidente cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (Michaud , Murray, & Bloom , 2001)

Los factores de mayor riesgo para sufrir una enfermedad crónica son el sedentarismo, el consumo de tabaco y una alimentación incorrecta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que si estos factores de riesgo son atenuados, por lo menos, 80% de los infartos, otras enfermedades del corazón, y la diabetes tipo 2, así como 40% del cáncer podrían prevenirse.

En el caso específico del sedentarismo, de acuerdo con la OMS, sus consecuencias representan del 2 al 6% del costo total de salud a nivel global y causa alrededor de 2 millones de muertes anuales y 19 millones de muertes prematuras en el mundo.

### **3.4.2 SIGNIFICADO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA.**

Es importante tener claro varios términos que se utilizan en la promoción de la actividad física (Instituto Tomas Pascual Saenz para la nutrición y salud, 2013)

Actividad física es cualquier movimiento del cuerpo producido por contracciones musculares que aumenta el gasto de energía significativamente.

Ejercicio es la actividad física planeada, estructurada y repetitiva que se hace con la intención de mejorar o mantener la condición física o la salud. El ejercicio es parte de la actividad física diaria que una persona puede hacer. Deporte es el ejercicio físico que se hace por diversión y generalmente implica competición.

Aptitud o condición física es una serie de atributos (resistencia cardio-respiratoria, fuerza y resistencia muscular, velocidad, flexibilidad, agilidad, balance, tiempo de reacción y composición corporal) que una persona tiene y que le permiten tener la habilidad de hacer determinadas actividades físicas.

Tener una buena condición física (estar en forma o en buen estado físico) puede referirse desde tener la habilidad de hacer suficiente actividad física para mantener la salud o hasta llegar a ser un atleta olímpico.

De los nueve componentes de la aptitud física, los que tienen una mayor relación con la salud son la resistencia cardiovascular, la fuerza y resistencia muscular y la composición corporal.

### **3.4.3 BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR.**

A continuación se listan extensamente los beneficios de mantenerse activo. (US Department of health and services, 1999) Estos son los incentivos que pueden utilizarse para motivar a las personas y adecuarlos a cada una. Los beneficios de la actividad física se inician desde que los pacientes deciden empezar a moverse un poco más cada día. La mayoría de todos estos beneficios para la salud pueden obtenerse con actividades de intensidad moderada (no se necesitan hacer ejercicios extenuantes).

### **3.4.4 BENEFICIOS FISIOLÓGICOS**

- Reduce el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, diabetes mellitus tipo 2, presión alta y cáncer de colon en 30 a 50%.
- Ayuda a alcanzar y mantener un peso saludable
- Ayuda a formar y mantener huesos, músculos y articulaciones sanas
- Ayuda a personas mayores a estar más fuertes y tener mejor movilidad, previniendo el riesgo de caídas
- Ayuda a controlar la presión alta, la tolerancia a la glucosa y el colesterol elevado
- Mejora el tránsito intestinal

### **3.4.5 BENEFICIOS PSICOLÓGICOS**

- Reduce la sensación de depresión y ansiedad
- Facilita que la persona pueda relajarse
- Mejora la calidad del sueño
- Aumenta la auto-estima y el bienestar general
- Reduce el estrés
- Mejora la auto-imagen y auto-estima

### **3.4.6 BENEFICIOS EN EL TRABAJO O NIVEL LABORAL**

- Aumenta la productividad
- Disminuye el ausentismo
- Disminuye la rotación de personal
- Disminuye los costos médicos
- Mejora el desempeño laboral

### **3.4.7 BENEFICIOS ESPECÍFICOS PARA LA MUJER**

- Disminuye el riesgo de cáncer de mama y útero
- Disminuye el riesgo de osteoporosis, caídas y fracturas
- Reduce síntomas asociados al ciclo menstrual
- Durante el embarazo, previene la ganancia de peso excesivo, dolor de espalda y la diabetes gestacional
- El parto puede ser más corto y la recuperación más acelerada
- Mantiene la calidad de la leche materna

- Reduce o mejora la incontinencia urinaria postnatal

#### **3.4.8 BENEFICIOS EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

- Disminuye el ausentismo
- Aumenta el desempeño académico
- Mejora las relaciones con los compañeros
- Aumenta el sentido de responsabilidad
- Disminuye la delincuencia y reincidencia
- Disminuye el uso de drogas
- Disminuye comportamientos antisociales
- Disminuye frecuencia de embarazos no deseados
- Aumenta el crecimiento lineal de niños en tratamiento por desnutrición severa

#### **3.4.9 BENEFICIOS ESPECÍFICOS DE LOS EJERCICIOS DE PESAS O PARA AUMENTAR LA FUERZA MUSCULAR**

- Desarrolla y mantiene la resistencia y fuerza muscular
- Aumenta la masa ósea y reduce el riesgo de osteoporosis
- Mejora la condición cardio-respiratoria
- Reduce la masa grasa
- Mejora la coordinación, tiempo de reacción y la postura, lo que reduce el riesgo de caídas y problemas de la columna
- Reduce la presión arterial
- Mejora la tolerancia a la glucosa y el perfil lipídico

A continuación se listan los cambios que se producen con una sola sesión de ejercicio de 60 minutos a una intensidad moderada a fuerte (50-80% del consumo máximo de oxígeno) (Bouchard ,Shepphard, & Stephens , 1994)

- Disminuye los triglicéridos en sangre en 3-15% hasta por 48 horas
- Aumenta el colesterol HDL en sangre en 4-43% hasta por 48 horas
- Disminuye la presión sistólica (hasta 18-20 mm Hg en hipertensos leves) por 12-16 horas .Disminuye la presión diastólica (hasta 7-9 mm Hg en hipertensos leves) por 12-16 horas
- Disminuye la glucosa sanguínea (20-40 mg/dL) por 48-72 horas. Varios de los beneficios psicológicos de la actividad física pueden comenzar desde el primer día que el paciente decida aumentar su actividad física. Los beneficios fisiológicos y de otros tipos pueden tomar al menos 4 a 6 semanas en empezar a verse los resultados. Las personas completamente sedentarias son las que verán mayores beneficios y quizá más rápidamente (Escolar Castellon, Perez Romero de la cruz, & Corrales Marquez, 2005) Es importante hacer ver a la persona que los beneficios de la actividad física se mantendrán mientras se siga un estilo de vida activo. Los efectos desaparecerán a los pocos días de dejar de hacer ejercicio. Por eso es importante buscar junto la manera de divertirse y gozarse su nueva vida activa, para llegar al punto de que no le cueste sino que le haga falta hacer ejercicio.

### **3.5 RELACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA CON LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE DIFERENTES ENFERMEDADES**

**3.5.1 ACTIVIDAD FÍSICA Y DESNUTRICIÓN** La desnutrición aguda, aún en grado leve, puede limitar las actividades discrecionales que demandan cierto grado de esfuerzo físico. En el caso de niños, esto puede interferir con la exploración de su entorno y con las interacciones con otros niños y adultos. Se ha reportado que niños pre-escolares con desnutrición leve pasan más tiempo del día realizando actividades livianas y menos tiempo en actividades fuertes, al compararlos con niños sanos.

Finalmente, en campesinos adultos con ocupaciones físicamente demandantes en una población pobre también se demostró que cuando se les daba un suplemento diario de energía, proteína y micronutrientes, el tiempo que tardaban de caminar de casa al trabajo y, en mayor proporción, el tiempo de caminar del trabajo a casa al finalizar la jornada laboral, era menor comparado con un grupo de sujetos no suplementados.

La mejoría del estado nutricional puede revertir estos efectos indeseables. Una dieta adecuada y la actividad física son fundamentales para un crecimiento lineal adecuado. En niños con desnutrición severa incluso se demostró que la ganancia en talla fue mayor cuando se incluía un programa regular de actividad física dentro del protocolo de tratamiento.

También se ha demostrado que la deficiencia de algunos micronutrientes específicos reduce la actividad física espontánea, particularmente la deficiencia de hierro y zinc. (Ramirez-Zea, 2007)

**3.5.2 ACTIVIDAD FÍSICA Y OBESIDAD** Lo óptimo para perder peso es combinar la reducción de las calorías con un aumento de la actividad física, ambos sostenidos en el tiempo, transformándolos en hábitos que permitan controlar y mantener el peso en rangos de normalidad en forma permanente.

Para bajar de peso, es necesario lograr un balance energético negativo, es decir gastar más energía de la que se recibe con la alimentación diaria.

El ejercicio produce un discreto aumento de la tasa de metabolismo basal y un cambio en la composición corporal, con una reducción de la grasa y un aumento de la masa muscular, lo que resulta muy beneficioso para la persona, cuando la pérdida de peso se logra únicamente reduciendo las calorías, y por lo tanto, la cantidad de alimentos que se consume, puede haber una mayor pérdida de tejido magro o masa muscular, disminuir la capacidad de defensa frente a las enfermedades y producir problemas de salud que se pueden evitar. (Olivares, 2013)

La termogénesis por actividad es el único componente del gasto energético diario que puede ser modificado a voluntad de la persona.

Para contribuir a la reducción del peso corporal en una persona con sobrepeso, se debe motivar a la persona en que aumente la termogénesis por actividad a

través del ejercicio, así como incentivándole a que se mueva más durante todo el día

### **3.5.3 ACTIVIDAD FÍSICA Y OSTEOPOROSIS**

Mientras más activa fue una persona a lo largo de su vida, particularmente durante la pubertad, mayor densidad ósea logra alcanzar en la tercera edad. Dentro de los aspectos a modificar en el estilo de vida, la inactividad física es el más importante.

La actividad muscular, la gravedad y la carga mecánica estimulan el crecimiento de las células óseas, lo que ocasiona un incremento de la masa ósea. El desuso provoca pérdida ósea a tal grado que las mujeres sedentarias tienen menos masa ósea que las de su misma edad que realizan ejercicios físicos, el reposo elimina calcio del hueso.

Las estadísticas muestran menor incidencia de fracturas osteoporóticas entre las mujeres mayores de 40 años que practican ejercicios físicos con regularidad.

Es muy importante tener en cuenta que el ejercicio regular coadyuva, no reemplaza, a un consumo adecuado de calcio y otros nutrientes, y a una buena función endócrina (o al tratamiento de reemplazo hormonal) para la prevención de la osteoporosis. (Lugones Botell, 2001)

**3.5.4 ACTIVIDAD FÍSICA Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.** Existe suficiente evidencia en la literatura científica para considerar al sedentarismo como un factor de riesgo mayor e independiente de enfermedad coronaria del corazón. El riesgo de desarrollar enfermedad coronaria se duplica en personas sedentarias.

Además, personas sedentarias tienen de 35 a 50% mayor riesgo de tener presión arterial y colesterol en sangre altos. Sin embargo, en una persona sedentaria, hasta 35% del exceso de riesgo de enfermedad cardiovascular puede ser eliminado si aumenta su nivel de actividad física. Y si la persona, además de aumentar su nivel de actividad física, hace suficiente ejercicio, tanto en cantidad como en intensidad, como para mejorar su resistencia cardio-respiratoria, puede reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular hasta en 60%. Resultado de un estudio longitudinal realizado en hombres que visitaban la clínica Cooper en Estados Unidos.

Estos resultados demostraron que el riesgo de morir por enfermedad cardiovascular en personas con buena condición física pero que son obesas es casi el mismo que en personas delgadas en buena condición física.

Por otro lado, ese riesgo es igualmente alto en personas sedentarias, sin importar si son delgadas u obesas (entre 3 y 4 veces mayor riesgo).

Esto significa que, a pesar de no lograr reducir el peso corporal al tratar a un obeso, el que esa persona se ejercite en forma regular y óptima, hará que su salud cardiovascular y metabólica mejoren (perder peso es una ganancia extra).

### **3.6 RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES MÉDICAS EN LA ACTIVIDAD FÍSICA**

#### **3.6.1 RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA.**

Todo niño, niña, adolescente o adulto aparentemente sano puede iniciar un programa de ejercicio de intensidad moderada sin una evaluación médica detallada. Aún pacientes con varios factores de riesgo comunes de enfermedad cardiovascular pueden comenzar sin riesgo

#### **3.6.2 CONSIDERACIONES MÉDICAS PARA COMENZAR CON UN PROGRAMA DE EJERCICIO**

A continuación una serie de contraindicaciones para comenzar o continuar con un programa de ejercicio:

- Si se presenta una enfermedad infecciosa aguda (gripe, diarrea, etc.), el paciente debe esperar hasta que hayan pasado los síntomas agudos.
- Mujeres en el tercer trimestre del embarazo o durante un embarazo de alto riesgo.
- Pacientes con síntomas de enfermedad cardiovascular o metabólica (dolor en el pecho, dificultad respiratoria con esfuerzos leves, mareo, edema en los tobillos, palpitaciones, claudicación, soplo). Estos pacientes deben ser

referidos para una evaluación médica completa y podrán iniciar un programa de ejercicio hasta que los síntomas sean controlados.

- Si durante la actividad física el paciente se siente mareado, con dolor de pecho, sensación de asfixia o dificultad para respirar.

Si alguien refiere cualquiera de estos síntomas, debe dejar de hacer ejercicio de inmediato y ser referido para una evaluación médica completa.

Los riesgos de tener algún problema con un programa de ejercicios o un aumento de la actividad física diaria de intensidad moderada son mínimos. La mayoría de sus pacientes podrá iniciar un programa de ejercicio o actividad física sin ningún riesgo.

Las lesiones osteo-musculares es el riesgo más común, pero son el resultado de un exceso de ejercicio o actividad física en la mayoría de casos.

Ha habido algunos casos de muerte súbita causada por el ejercicio, pero son muy raros. Casi todos han sido en personas que hacían una actividad de intensidad fuerte (no moderada) y que tenían algún factor de riesgo cardiovascular no controlado.

El ejercicio no tiene ninguna relación con la aparición de artritis, es más el ejercicio es recomendable como parte del tratamiento de pacientes artríticos durante las fases no agudas de la enfermedad.

Cuando se presiona mucho a los niños con el deporte o alguna actividad que no les agrada, puede producir antipatía por esas actividades en la vida adulta, la evaluación del riesgo de la mayoría de los pacientes se puede hacer en forma

rápida y eficaz sin exámenes costosos ni complejos. Los beneficios de la actividad física son significativamente mayores que los riesgos y todos ellos son prevenibles. La actividad física de intensidad moderada es la que se relaciona con menor riesgo de lesiones a la vez que proporciona beneficios para la salud cardiovascular y metabólica similares a los proporcionados por actividades de mayor intensidad.

Es importante tomar en cuenta que el umbral de intensidad necesario para mejorar la salud es menor que el umbral para mejorar la condición física.

En otras palabras, pueden haber mejorías considerables en la salud cardiovascular y metabólica incluso antes de lograr mejorar la condición física.

La mayoría de beneficios con ejercicio de moderada intensidad y larga duración es similar al de ejercicio de alta intensidad y corta duración si el costo energético total es similar.

La diferencia es que, a diferencia del ejercicio de intensidad moderada, el ejercicio de alta intensidad se asocia con mayor riesgo de muerte súbita, de lesiones ortopédicas, y a una menor adherencia de las personas al mismo.

### **3.6.3 ORGANIZACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EVALUAR Y PROGRAMAR ACTIVIDAD FÍSICA.**

Para que los pacientes sean exitosos en convertirse en deportistas regulares, necesitan de mucho trabajo mental antes de iniciar con la actividad física. Al mismo tiempo, al proporcionárseles una prescripción de ejercicio de forma que

sea efectiva para ayudar a sus pacientes en alcanzar sus metas, entonces se querrá hacer algo de trabajo mental también.

Como parte de los que puede ayudar a ser efectivo, se toma en consideración el crear, ser parte y hacer uso del equipo de profesionales de la salud en condición física, como ha sido desarrollado por el American College of Sports Medicine. La lista incluye: el terapeuta físico, terapeuta ocupacional, el entrenador físico, el quiropráctico, el psicólogo del deporte, el educador en salud, el nutricionista, el consejero en adicciones, el trabajador social, y el entrenador físico certificado. (Jonas, 2009)

#### **3.6.4 .ORGANIZANDO LA PRÁCTICA.**

A continuación se consideraran los diferentes elementos que se toman en cuenta a corto o largo plazo, dependiendo que tan organizado se pretenda ser:

El nivel de actividad como un signo vital: percibir, registrar y recordar.

El nivel de actividad física de su paciente deberá considerarse un signo vital a ser medido de forma regular. Como tal, mientras se toman otros signos vitales como presión sanguínea y el pulso, el personal deberá preguntar al paciente si es físicamente activo, al menos a una intensidad moderada por 30 minutos al día, cinco días a la semana.

La anotación apropiada en el registro del paciente llamará su atención hacia aquellos pacientes que son inactivos que necesitarán de su consejería para iniciar un programa de actividad física. Los pacientes que ya son físicamente

activos pueden ser motivados para mantenerse, o si es indicado, incrementar su nivel de actividad.

Existe una gran variedad de personal que puede proporcionar uno o más de los elementos de la consejería sobre ejercicio y de hecho pueden proporcionar una prescripción sobre ejercicio.

Este proceso funcionará mejor, si involucra a todo el personal en el proceso de toma de decisiones. Existen informes de éxito de profesionales en atención clínica en relación a los grupos de ejercicio, que consisten en reunirse una vez a la semana, por una modesta cantidad de dinero por persona. Los psicoterapeutas tienen una gran experiencia con grupos de pacientes. Si toma algún tiempo organizar este tipo de actividades. Pero una vez se lleva a cabo, esta forma de consejería puede ser muy productiva tanto para usted como para sus pacientes.

Es eficiente, y si la estructura de pago se establece correctamente, puede ser costo efectivo.

Existe una gran variedad de recursos en la comunidad que pueden estar disponibles para ser utilizados por pacientes que están involucrados en el ejercicio regular programado, dependiendo donde viven. Esto incluye clubs de salud y gimnasios, piscinas, pistas para correr, rutas para bicicletas, ya sea especiales o a orillas de las carreteras públicas; caminos para caminar/correr, senderos, canchas de tenis y basquetbol, centros comunitarios de recreación, etc. Algunas instalaciones comunitarias son gratuitas y otras tienen un costo.

Todas estas instalaciones pueden variar desde las más simples hasta las más sofisticadas. Aunque no todos los clínicos tienen la disponibilidad de hacerlo, puede ser muy útil para usted invertir un tiempo en aprender y evaluar la disponibilidad de recursos en su comunidad.

El hacer esta inversión puede a largo plazo ahorrar mucho tiempo a la hora de trabajar con los pacientes y proporcionarles una asistencia sustancialmente importante para ellos.

Para convertirse en deportistas regulares, los pacientes necesitarán pasar por un proceso de cambio de comportamiento.

Además, como cualquier otro paciente el clínico debe establecer un compromiso en un cambio de comportamiento para promover la salud de una forma u otra, tendrá que movilizar su motivación para hacerlo. Tendrá que movilizar recursos; tendrá que encontrar y hacer el tiempo; deberá convencer a sus colegas; deberá desarrollar liderazgo.

Al desarrollar e implementar un plan para incorporar la consejería sobre la prescripción del ejercicio regular en su práctica, tal vez el mejor abordaje es que responda una serie de preguntas sobre el mismo clínico.

Que el clínico se convierta y se mantenga como un deportista regular no siempre es fácil, el convertirse y permanecer como un proveedor regular de la prescripción de ejercicio regular no siempre es fácil.

### **3.6.5 CONSEJERIA EN ACTIVIDAD FÍSICA.**

El proceso conocido como consejería del ejercicio es el elemento clave en ayudar a los pacientes a convertirse en deportistas regulares y proporcionarles una prescripción de ejercicio que sea funcional para ellos.

Las “tres M” de la consejería efectiva sobre ejercicio: Mencionar, Modelar, Motivar.

Una vez más se presentan tres roles principales del clínico en ayudar a sus pacientes a convertirse en deportistas regulares. Uno es simple. Dos son más complejos. Para referirnos a ellos se hace mención a las “tres M”, que son “Mencionar, Modelar, Motivar”. Para ciertos pacientes, aquellos que están listos para iniciar tratando de cambiar un comportamiento de estilo de vida si se les da un pequeño empujón, solo con mencionar lo aconsejable del ejercicio regular puede ser una intervención efectiva, también con solo mencionar el perder peso o con el detener el fumado puede ser útil para ciertos pacientes.

Se puede mencionar el ejercicio regular de forma continua, de forma oportuna, al hablar con los pacientes sobre una gran variedad de temas. Sin convertirse en un necio (un papel que debe evitar), se puede dejar claro a los pacientes que se recomienda el ejercicio regular como una actividad buena, útil y que promueve la salud aun cuando no está dentro de la agenda del paciente en el momento actual.

Simplemente debe: a) recordarle hacerlo y b) realizar un corto juicio sobre si por ese determinado paciente el mencionarlo será útil en un momento en particular.

Segundo, cuando el clínico está muy involucrado, este puede ser un modelo para sus pacientes al ser o convertirse en un deportista regular., por lo tanto el clínico será un ejemplo para sus pacientes, así podrá recomendar a sus pacientes una actividad de lo que el recomienda hacer. Así también este contara con conocimientos de primera mano sobre las dificultades para programar y podrá compartir sus propias soluciones a ese problema.

Podrá hablar con conocimiento sobre la técnica y equipo de los deportes que el mismo clínico realiza.

El papel de modelo no es esencial, pero es muy útil y altamente recomendado por varias razones. Lo más importante es que al ejercitarse el clínico de forma regular, ya sea como parte del “estilo de vida” o en el “tiempo libre” muestra su propia bandera. Demuestra a los pacientes que ha establecido metas de ejercicio realistas, y que de una forma u otra ha encontrado el tiempo en su vida para alcanzarlas.

El poder hablar basado en la experiencia al trabajar con el paciente también es muy útil. Porque personalmente el clínico conoce tanto los beneficios como las dificultades de ser un deportista regular.

La tercera de las “tres M” es la motivación, la cual es el elemento más importante para iniciar el camino para convertirse en un deportista regular y mantenerse en el mismo. Es importante resaltar que como en cualquier

abordaje clínico para el cambio de comportamiento, en la consejería del ejercicio el papel del clínico no es dar motivación al paciente.

La movilización efectiva de la motivación no proviene de fuera. Esta viene del interior, y debe ser enfocada en uno mismo. Sin embargo, como clínico tiene un papel muy importante como “comadrona”, podría decirse, en ayudar a los pacientes a movilizar su propia motivación, en el proceso de “dar a luz” como si esta fuera un aspecto nuevo en sus vidas.

Para ser más efectivo, se reforzará el concepto que la motivación efectiva viene de dentro, que la tarea del paciente no es “encontrarla” o adquirirla de fuera de ellos mismos. Se le ayudará al paciente a comprender que su tarea es movilizar algo que ya se encuentra allí en la mayoría de personas, remover las barreras internas.

#### **IV. METODOLOGÍA**

El tipo de estudio tiene un enfoque cuantitativo, tipo transversal con un alcance descriptivo.

La población objeto de estudio fueron setenta y cinco médicos generales que asistieron a una jornada de actualización médica realizada en la ciudad de Tegucigalpa, durante el mes de abril del año 2012.

La muestra fue de veintinueve médicos generales, los cuales cumplieron los siguientes criterios de inclusión: estar dando en ese momento atención de primer nivel en sector público o privado, aceptar voluntariamente participar, ser pesado y tallado.- Además para dar validez a la muestra se utilizó el programa estadístico STATS.2

Los médicos que no reunían estos criterios se excluyeron de la investigación

Las variables que se investigaron fueron las áreas de competencias en Atención Primaria en Salud escritas por Nebot Adell Rosales Echeverría. (Documento "Desarrollo de competencias en Atención Primaria en Salud", de la revista Panam Salud Publica 2009.)

Las áreas de competencias en APS descritas por Echeverría son : área clínica, área de gestión del conocimiento, área de comunicación, área de gestión y el área de Salud Pública y Promoción de la salud.,.

Para cada una estas variables se elaboraron una matriz de competencias de conocimiento y de habilidades que los médicos deben tener en los temas relacionados con la promoción de estilos de vida saludables en actividad física.

También se analizó la variable empatía de la competencia del debe ser, como un valor relacionado a la mejor comprensión que tiene el medico con el paciente para proporcionar consejería en Actividad Física.

El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado, previamente validado, conteniendo las variables de interés y de elaboración propia basado en las competencias de Atención Primaria en Salud en relación a los temas de actividad física para promocionar estilos de vida saludable, además se elaboró una ficha de registro para peso y talla

La validación del instrumento fue hecha con seis médicos generales que laboran en la consulta externa, jornada de la tarde, de la clínica periférica II, del Instituto Hondureño de Seguridad Social, localizada en la colonia Torocagua de Comayagüela, D.C, Honduras.

La forma de recolección de los datos fue a través del cuestionario estructurado, el cual fue auto aplicado y además de llenar la ficha de registro en donde se incorporaron los datos de peso, talla de los médicos participantes. Para el procedimiento de peso y talla se utilizó una báscula digital de pie marca SECA, tallimetro y calculadora.

El análisis de los datos se hizo con el procesamiento de los datos, los cuales fueron digitados en una base en formato Microsoft Access® 97-2003

Con los datos de peso y talla se calculó índice de masa corporal

Con ayuda de la hoja de cálculo Microsoft Excel XP® 97-2003 se elaboraron los cuadros, tablas y gráficos, según lo establecido en los objetivos de la

investigación y se utilizaron medidas estadísticas de frecuencia y porcentajes para el análisis estadístico.

En relación a la protección de la información de los participantes, los datos de los cuestionarios fueron preservados de tal forma que nadie (excepto el investigador) pueda identificar a los participantes.

No se publicaran datos que permitan identificar profesionales y autoridades involucrados en el proceso.

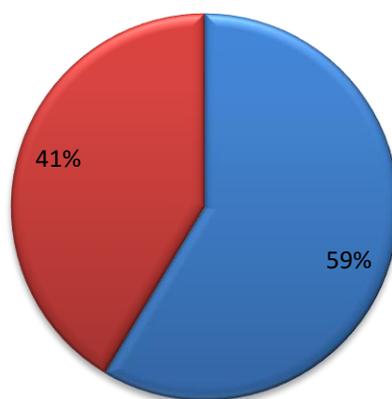
## VII. RESULTADOS

Caracterización de los médicos en Atención Primaria en Salud para promover estilos de vida saludables en actividad física, según sexo, edad, IMC y años de servicio, Tegucigalpa, Honduras, abril 2012.

**GRAFICO 1**

### **Sexo de los médicos participantes**

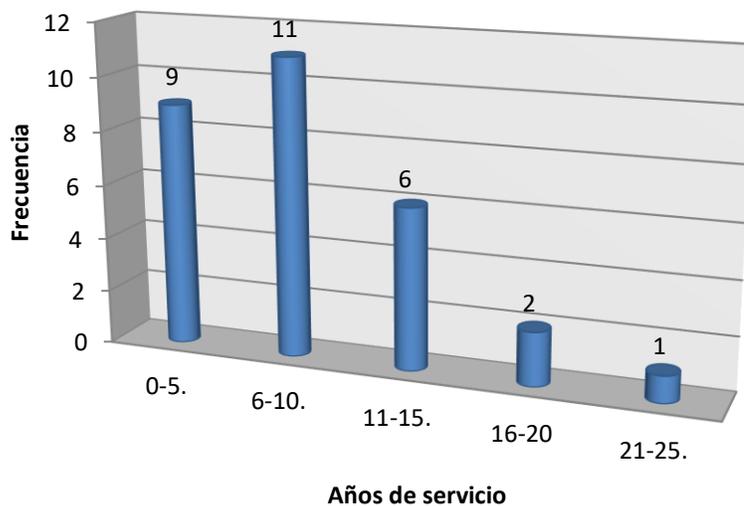
■ FEMENINO ■ MASCULINO



Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promover estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

El 59 % de la muestra estudiada correspondió al sexo femenino y 41% fue de sexo masculino.

**GRAFICO 2**  
**Experiencia profesional en el ejercicio de la medicina.**

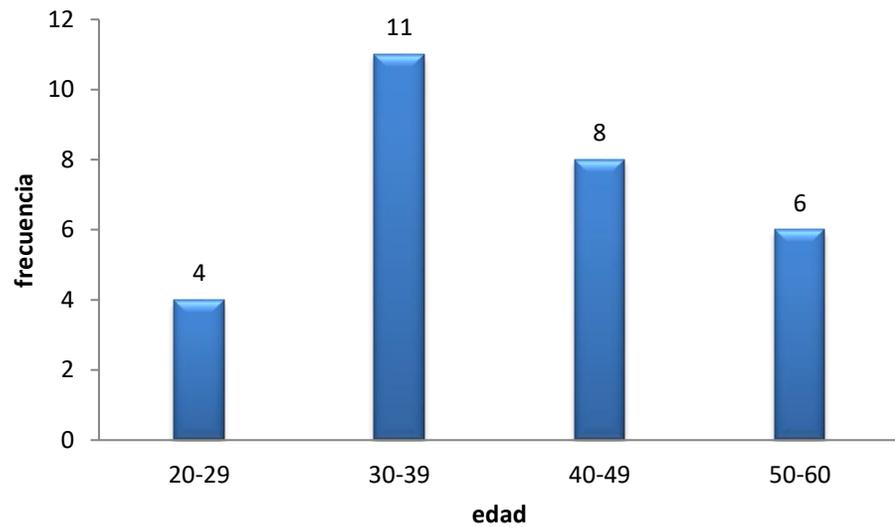


Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

El 38% tenían de 6 a 10 años trabajando y en forma descendente 31% de 0 a 5 años, 22% de 11 a 15 años, 7 % de 16 a 20 años, 3% de 21 a 25 años trabajando como médicos generales.

### GRAFICO 3

#### Edad de los médicos participantes

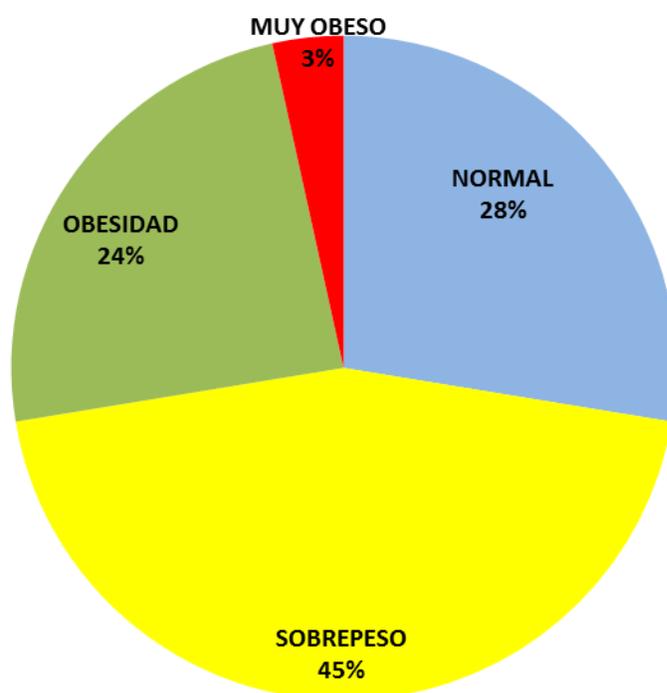


Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

El 38% de los participantes tenían una edad que oscilo entre 30 y 39 años.

#### GRAFICO 4

Índice de Masa Corporal de los médicos que participaron en el estudio.



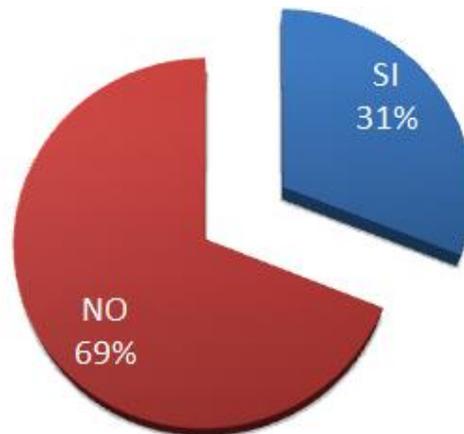
fuelle: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

En relación al Índice de Masa Corporal el 28% de los entrevistados estaban dentro de la escala normal, 45% sobrepeso, 24% obesidad y un 3% muy obeso.

**Conocimientos y habilidades en el área clínica en atención primaria en Salud que tienen los médicos para promocionar estilos de vida saludable en actividad física.**

### **GRAFICO 5**

Formación académica sobre consejería en actividad física que recibieron los médicos en su Facultad.



Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

El 69% estableció que no había recibido formación académica sobre consejería en Actividad física.

### Tabla No 1

Asignaturas de la carrera de medicina donde recibió formación sobre consejería de Actividad.

ASIGNATURA	FRECUENCIA
Medicina interna	2
Ortopedia	1
Sanologia Medica*	1
Salud Publica	2
Fisiología	1
Deportes	2
Semiología	1

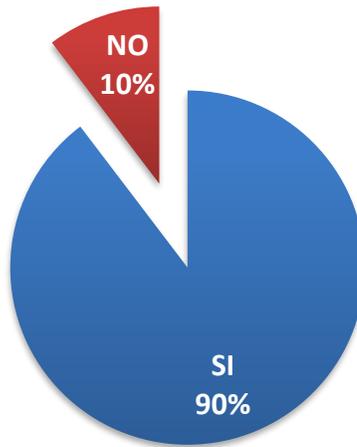
Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable. Honduras 2012

\*Un medico entrevistado realizo sus estudios en el exterior (CUBA)

En relación al grafico 4 y la tabla No1 sobre la formación en APS para promocionar estilos de vida saludable, los participantes en un 69% dicen haber recibido alguna formación en relación a consejería sobre actividad física en la facultad de Ciencias Médicas, pero cuando se les consulto en que asignatura o asignaturas la respuesta no fue homogénea ya que mencionaron diferentes asignaturas.

## GRAFICO 6

Porcentaje de médicos que dan conocimiento a sus pacientes de como incorporar Actividad Física en su vida cotidiana.

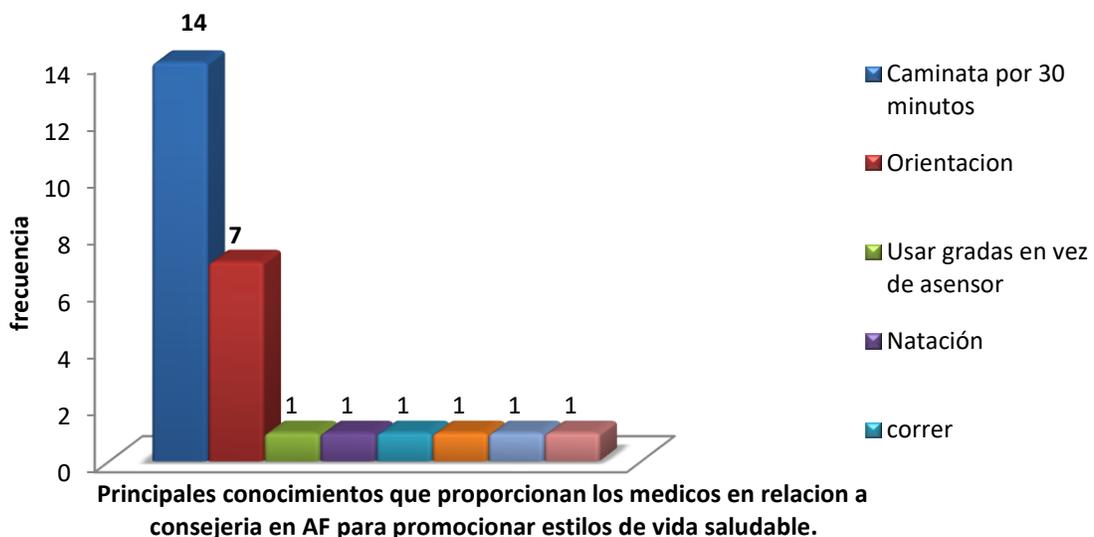


Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

El gráfico evidencia que el 90% de los médicos dan conocimiento a sus pacientes de como incorporar Actividad Física a su vida cotidiana.

### GRAFICO 7

Conocimientos que proporcionan los médicos en relación a Consejería de actividad física en el área Clínica para promocionar estilos de vida Saludable.



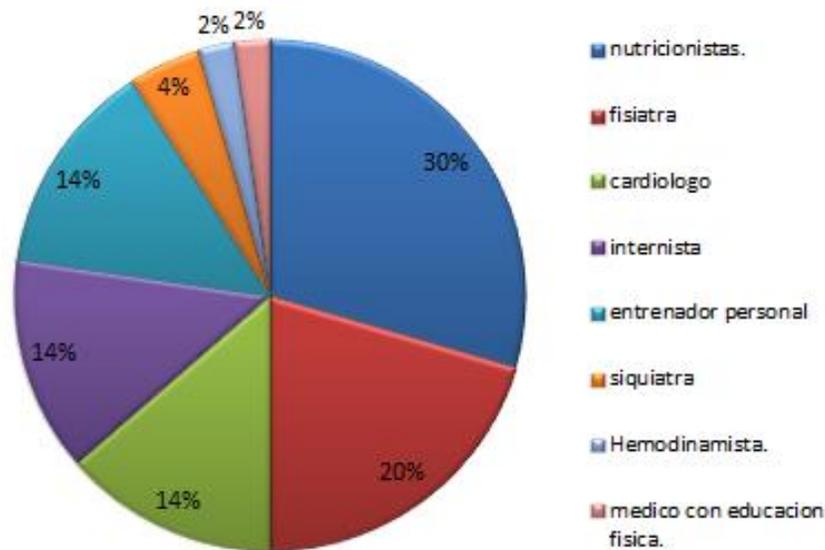
Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

La caminata por 30 minutos es el conocimiento en Actividad Física que con mayor frecuencia proporcionan los médicos en el área clínica (dos personas no contestaron esta pregunta).

**5.2.2 Competencias de conocimientos y habilidades en el área de comunicación en atención primaria en Salud que tienen los médicos para promocionar estilos de vida saludable en actividad física.**

**GRAFICO 8**

Profesionales a los cuales los médicos referirían, para iniciar un programa de Actividad Física.

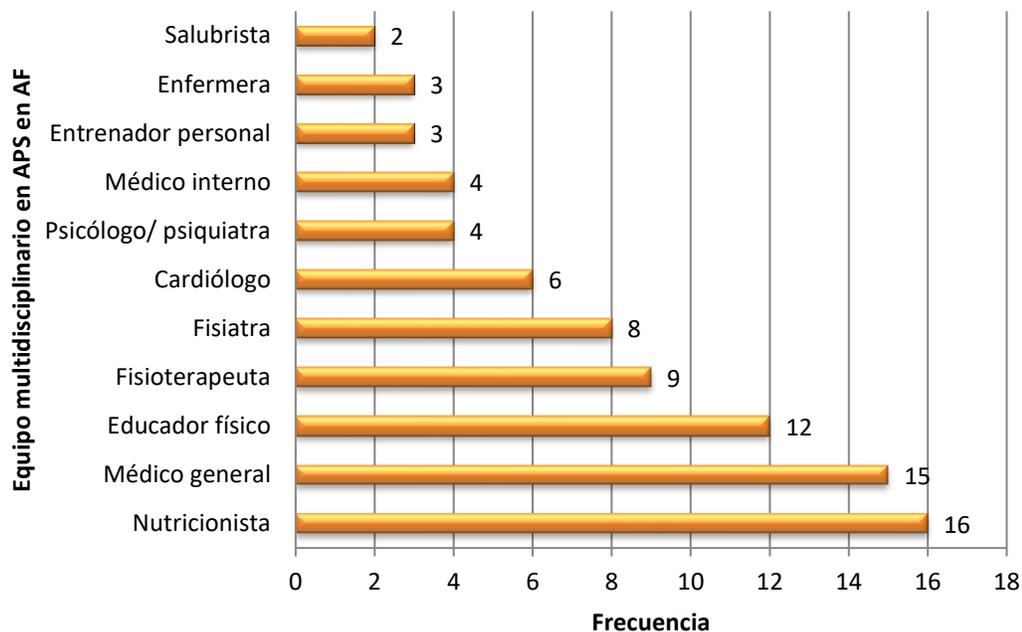


Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

En cuanto al profesional que los médicos referirían, para que un paciente inicie un programa de actividad física; el gráfico evidencia que el 30% referiría a sus pacientes a un nutricionista, un 20% a un fisiatra, un 14% a un cardiólogo, internista y entrenador personal; Un 4% escribió que lo referiría a un siquiatra y un 2% a un Hemodinamista y un médico general con especialidad en educación física.

## GRAFICO 9

Personal que los médicos consideran como parte de los equipos multidisciplinares para la atención integral en relación a la actividad física.

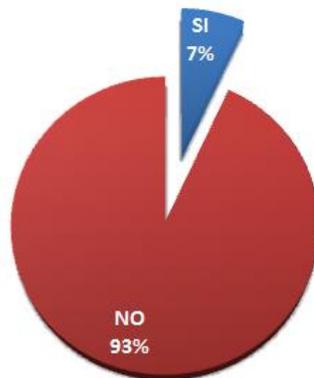


Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promover estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

En cuanto a quienes pueden formar parte de los equipos multidisciplinares para la atención integral de la población en relación a la actividad física, la población encuestada escribió con mayor frecuencia al nutricionista, médico general y educador físico.

### GRAFICO 10

Médicos que han trabajado con otros profesionales para la elaboración o ejecución de proyecto o programa de actividad física que mejoren los estilos de vida en la comunidad.



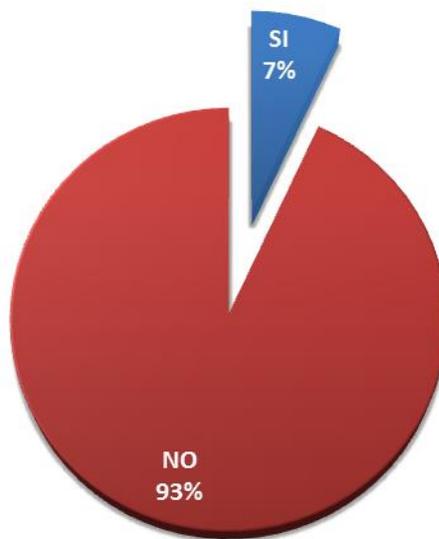
Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

El 93% de la muestra entrevistada no ha trabajado con otros profesionales en la elaboración o ejecución de proyecto o programa de actividad física que mejoren los estilos de vida en la comunidad

**Competencias de conocimientos y habilidades en atención primaria en Salud en el área de Gestión del conocimiento que tienen los médicos para promocionar estilos de vida saludable en actividad física,**

**GRAFICO 11**

Médicos que utilizan guías para dar orientaciones de cómo realizar Actividad física.

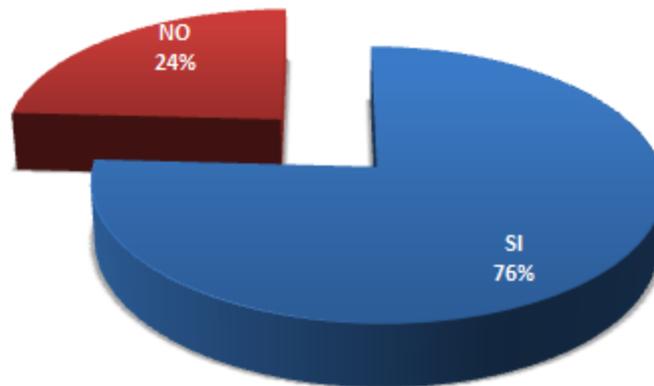


Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

En cuanto al desarrollo de la competencia de gestión del conocimiento el 93% no utilizan guías para dar orientaciones sobre cómo realizar Actividad Física, en el mismo porcentaje los encuestados dijeron no tener una guía de consulta en su clínica.

## GRAFICO 12

Médicos que preguntan la realización de Actividad física de sus pacientes.

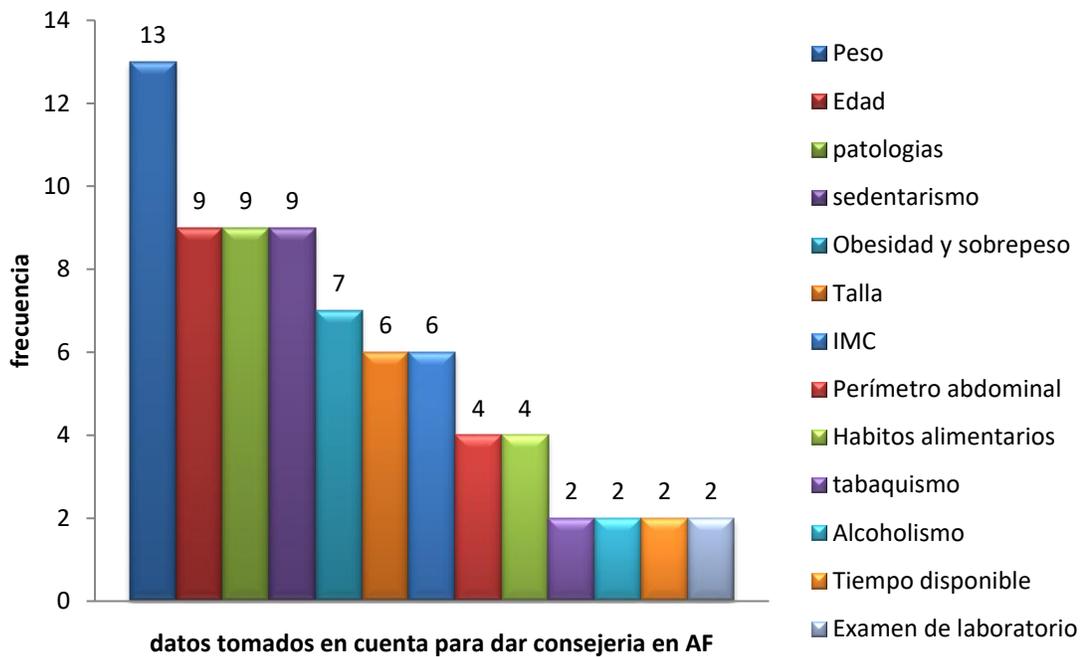


Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

El 76% de los entrevistados aseguran que preguntan a todos sus pacientes si realizan actividad física.

### GRAFICO 13

Datos que los médicos toman en cuenta para brindar consejería en Actividad Física.



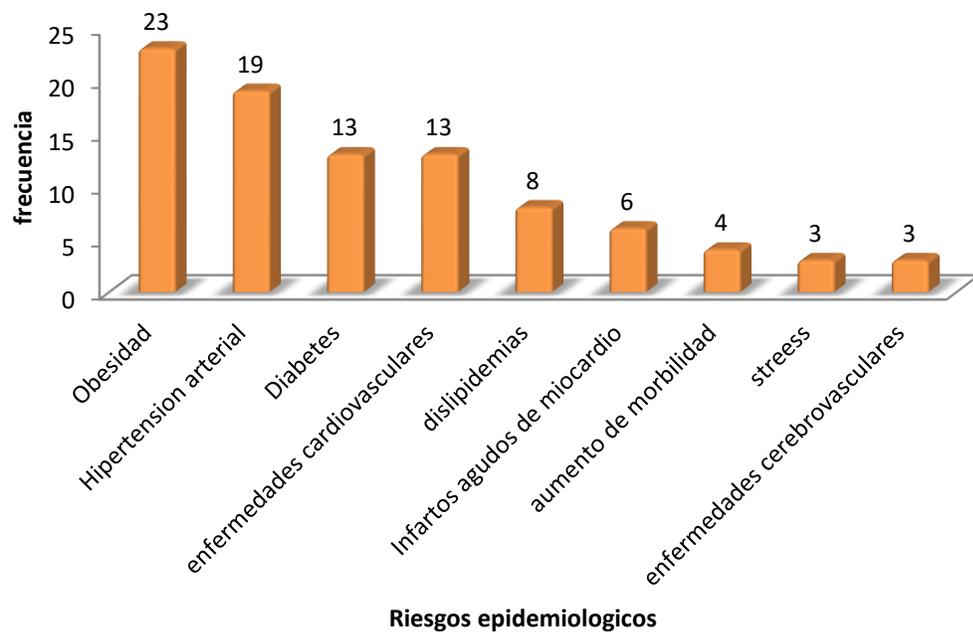
Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

Los principales datos que toman en cuenta para dar consejería en Actividad física son: peso, edad, patologías, sedentarismo.

**Competencias de conocimientos y habilidades en Salud Pública y Promoción de la Salud en atención primaria en Salud que tienen los médicos para promocionar estilos de vida saludable en actividad física.**

**GRAFICO 14**

Conocimientos que tienen los médicos sobre los riesgos epidemiológicos del sedentarismo.

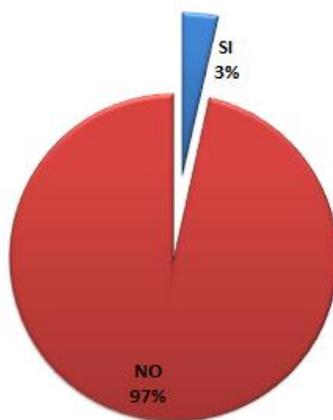


Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

Entre los conocimientos de riesgos epidemiológicos que tienen los médicos en relación al sedentarismo se registraron con mayor frecuencia: la obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares.

### GRAFICO 15

Médicos que llevan control de registro a los pacientes que no realizan ejercicio.

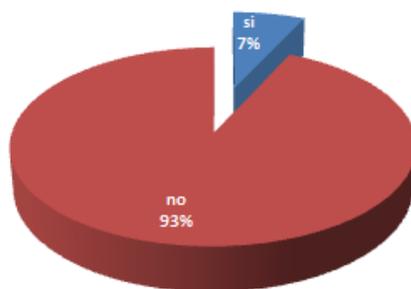


Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

El 97% de los médicos que participaron no realizan registro de la cantidad de pacientes que no realizan ejercicio

### GRAFICO 16

Médicos que han participado en la elaboración o colaborado en algún plan, proyecto o programa que dé respuesta al problema del sedentarismo a nivel comunitario.



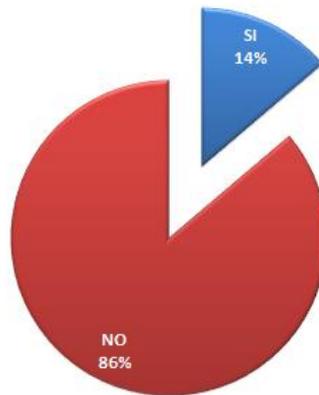
Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

El 93% de los médicos no ha participado en la elaboración o ha colaborado en algún plan, proyecto o programa que dé respuesta al problema del sedentarismo a nivel comunitario.

**5.2.5 Conocimientos y habilidades en área de gestión en atención primaria en Salud que tienen los médicos para promocionar estilos de vida saludable en actividad física.**

**GRAFICO 17**

Médicos que han participado en la coordinación, gestión u organización de proyectos o programas relacionados con la promoción de la Actividad física.



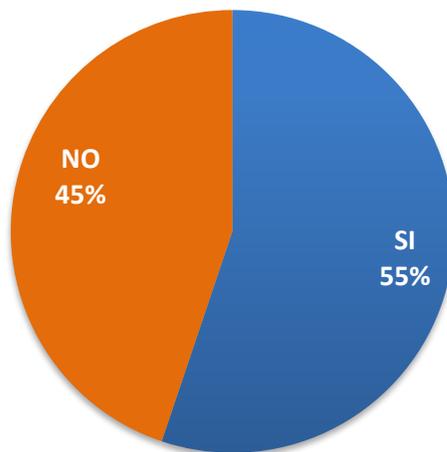
Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

El 86% no ha coordinado, gestionado u organizado proyectos o programas relacionados con la promoción de la Actividad física.

**5.3 Competencias en el debe ser en atención primaria en Salud que tienen los médicos como modelos que empatizan con sus pacientes a través de seguir estilos de vida saludable en actividad física y así desarrollar competencias para promocionar estilos de vida saludable en actividad física.**

**GRAFICO 18**

Médicos que realizan actividad física como ejercicio.

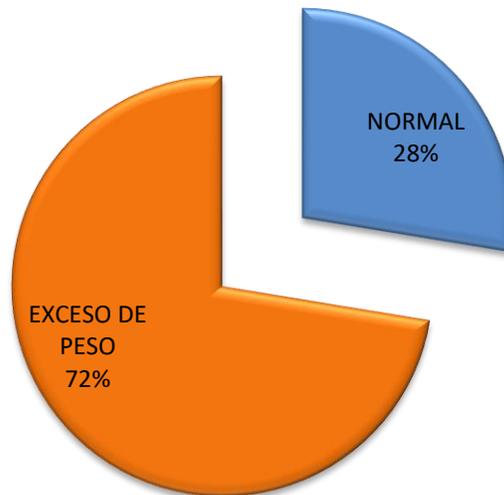


Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

El 55% de la población, indica que realiza ejercicio y un 45% establece que no realiza ejercicio.

### GRAFICO 19

Comparación de Porcentajes de Índice de Masa Corporal normal versus problema nutricional de exceso de peso, tomando este como un indicador de un modelo que empatiza con sus pacientes, en estilos de vida saludable.



Fuente: Investigación sobre competencias de los Médicos en APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad Física. Honduras 2012.

En relación al Índice de Masa Corporal existe un total de 72% de los entrevistados con un problema de exceso de peso.

## **VI. ANALISIS DE RESULTADO**

Los médicos generales son uno de los profesionales en salud que estarán presentes en la Atención Primaria en Salud, por lo que se deben desarrollar competencias en las áreas clínicas, de comunicación, de gestión del conocimiento, Salud Pública y Promoción de la salud, gestión y actitud de empatía hacia el paciente estas deben ser desarrolladas desde el pregrado. El APS es una estrategia que se debe enseñar con una concepción de la APS renovada y no como una atención de primer nivel.

En el área clínica; el 69% de los médicos entrevistados estableció que no había recibido formación sobre consejería en Actividad física en la facultad de ciencias médicas, pero el 90% de los médicos si ofrecen conocimiento a sus pacientes de como incorporar Actividad Física a su vida cotidiana.

Los médicos generales en la actualidad en la atención clínica estarán recibiendo 6 de cada 10 pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, de estas patologías un determinante principal son los problemas de exceso de peso en las personas; para prevenir el exceso de peso, se debe prevenir el sedentarismo a través del desarrollo de competencias para promover el ejercicio como parte de una medicina preventiva y un tratamiento no farmacológico. Por lo anterior se evidencia la necesidad de buscar un espacio en el currículo de la formación médica de pregrado, para darles las competencias necesarias para identificar el sedentarismo como una

de los principales causales de estas enfermedades, así como todas las competencias en APS en actividad física para la promoción de estilos de vida saludable.

La caminata por 30 minutos es el conocimiento en Actividad Física que con mayor frecuencia proporcionan los médicos en el área clínica.

En cuanto al conocimiento de recomendación en Actividad física, los médicos no toman en cuenta el ciclo de vida, pues la caminata por 30 minutos es una de las recomendaciones que se dan a los adultos, pero no mencionaron, ninguna recomendación para otras poblaciones etarias.

En cuanto al área de comunicación con otros profesionales el 30% referiría a sus pacientes a un nutricionista, un 20% a un fisiatra, un 14% a un cardiólogo, internista y entrenador personal; Un 4% escribió que lo referiría a un siquiatra y un 2% a un Hemodinamista y a un médico general con especialidad en educación física.

Lo anterior expuesto muestra que los médicos generales encuestados, no tienen un conocimiento acertado sobre los profesionales idóneos para referir pacientes para la implementación de un programa de actividad física , ya que toman como principal profesional para hacer dicho programa a los profesionales de la nutrición, los cuales no tienen ninguna competencia profesional para hacer programas en actividad física, ya que existen en Honduras profesionales de la

educación física a nivel de pregrado y post grado que tienen las competencias profesionales específicas para este área.

En cuanto a quienes pueden formar parte de los equipos multidisciplinarios para la atención integral de la población en relación a la actividad física, la población encuestada escribió con mayor frecuencia en el siguiente orden: al nutricionista, médico general y educador físico. Este dato muestra que los entrevistados tienen una concepción de salud basado únicamente en los aspectos clínicos de la enfermedad, ya que en su mayoría no mencionan otros actores que son parte de la APS y que traspasan la clínica y las unidades de salud, que pueden contribuir de manera efectiva al desarrollo de las actividades que mejoren los estilos de vida en la comunidad, como por ejemplo autoridades locales, docentes, patronatos, ingenieros, artistas etc, ya que desde la concepción de la salud, todos ellos pueden formar parte del equipo de salud en las comunidades.

Como parte del análisis de las competencias de habilidades de comunicación en APS, la mayoría de los médicos generales encuestados reconocen la importancia de la formación de equipos multidisciplinarios, el 93% de la muestra entrevistada no ha trabajado con otros profesionales en la elaboración o ejecución de proyectos o programas de actividad física que mejoren los estilos de vida en la comunidad, por lo que no se evidencia el desarrollo de

habilidades para trabajar en equipo multidisciplinarios para la promoción de estilos de vida saludable

Como parte del desarrollo de competencias de gestión del conocimiento en APS, una de las actividades importantes es tener conocimiento y manejo de guías para dar orientaciones sobre cómo realizar actividad física en los diferentes ciclos de la vida, sin embargo .el 93% de los entrevistados no utilizan guías para dar orientaciones sobre cómo realizar Actividad Física y el mismo porcentaje de los encuestados dijeron no tener una guía de consulta en su clínica.

Un 76% de los entrevistados aseguraron que preguntan a todos sus pacientes sobre la realización de ejercicio como actividad física, pero el 97% de los médicos que participaron, no realizan registro de la cantidad de pacientes que no realizan ejercicio, y los principales datos que toman en cuenta para dar consejería en Actividad física son: peso, edad, patologías, sedentarismo.

Si bien es cierto que esta iniciativa de los médicos encontrada en la investigación en relación a consultar sobre si sus pacientes realizan actividad física, y tomar datos importantes para una consejería en actividad física, es una iniciativa positiva, esta no es una práctica normatizada ni a nivel institucional de sus centros de trabajo, ni en los centros de enseñanza superior.

Entre los conocimientos de riesgos epidemiológicos que tienen los médicos en relación al sedentarismo, se evidenció que los conocen bien ya que se mencionaron con mayor frecuencia: la obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares.

El 93% de los médicos no ha participado en la elaboración o ha colaborado en algún plan, proyecto o programa que dé respuesta al problema del sedentarismo a nivel comunitario y el 86% no ha coordinado, gestionado u organizado proyectos o programas relacionados con la promoción de la Actividad física, por lo que no evidencian el desarrollo de habilidades de Gestión para la promoción de estilos de vida saludable.

El 55% de la población estudiada, indicó que realiza ejercicio y un 45% dice que no lo realiza, pero al evaluarse la frecuencia y el tiempo de realización del ejercicio, en su mayoría no llenaban los requisitos para catalogarse como tal, el clínico debe estar involucrado en la promoción de la actividad física, para que este puede ser un modelo para sus pacientes al ser o convertirse en un deportista regular, por lo tanto el clínico será un ejemplo para sus pacientes, así podrá recomendar a una actividad de lo que él hacer. Este contará con conocimientos de primera mano sobre las dificultades para programar y podrá compartir sus propias soluciones a ese problema. El poder hablar basado en la experiencia al trabajar con el paciente también es muy útil. Porque

personalmente el clínico conoce tanto los beneficios como las dificultades de ser un deportista regular.

Un hallazgo paralelo a la investigación refleja que el 72% de los médicos entrevistados tiene un problema de exceso de peso, el cual puede ser prevenible y tratable con un tratamiento no farmacológico, como ser una alimentación saludable y un programa de actividad física, que son los dos indicadores más frecuentes de encontrar y controlar.

## VII CONCLUSIONES

1. De los médicos generales que participaron en el estudio, el 59% fueron del sexo femenino y el 41% del sexo masculino, el 38 % de los participantes oscilaron en una edad de 30 a 39 años y el 38 % tenían un rango de 6 a 10 años de servicio.
2. La mayoría de los médicos generales que participaron en el estudio no tienen las competencias en conocimientos y habilidades en Atención Primaria en Salud para promocionar estilos de vida saludables en actividad física, ya que no han recibido formación para consejería en actividad física, no han trabajado con otros profesionales en un proyecto o programa de actividad física que mejore estilo de vida en la comunidad, no utilizan guías para dar orientación.
3. Sobre competencias del debe ser , los médicos realizan algún tipo de ejercicios pero sin llenar los requisitos para catalogarse como tal, el clínico debe convertirse en una persona que hace ejercicio regularmente, para dar consejería en actividad física basado en su experiencia al trabajar con el paciente.

## VIII. RECOMENDACIONES

1. Las facultades de medicina deben desarrollar competencias en atención primaria en salud para promocionar estilos de vida saludables en actividad física desde el pregrado.
2. El Atención Primaria en Salud no solo se debe enseñar como una de atención de primer nivel ni como un trabajo multidisciplinario que cuente solo con personal de las áreas de la salud.
3. Las autoridades universitarias deberán buscar un espacio en el currículo de la formación de pregrado de la formación médica para dar las competencias en APS en Actividad Física.
4. Los médicos deben ser modelos de deportistas regulares, para desarrollar el valor de la empatía con sus pacientes.
5. Incluir en los equipos de APS y en el sistema de salud a los educadores en Actividad Física (tanto los profesionales de pregrado como de post grado)
6. Los profesionales médicos deberían manejar como mínimo las guías de actividad física en el ciclo de vida y poder dar referencia y contraferencia a profesionales de pregrado o postgrado de Educación física.
7. Los médicos deberían de tomar en cuenta como uno de los datos vitales y obligatorios el registro en el área clínica del sedentarismo en todos los pacientes, sea que tengan un enfermedad crónica o no.

8. Se recomienda en forma general que todos los profesionales que trabajen en el equipo de APS para promocionar estilos de vida saludable en Actividad física, tengan en su pensum académico de pregrado, competencias en este tema.

## IX BIBLIOGRAFIA.

Organizacion Mundial de la Salud. (1997). *Glosario de promocion de la Salud*. Universidad de Sydney, Sydney.

Adran, D. (2008). *Revista de investigacion en Psicologia*. Obtenido de La teoria del aprendizaje de Piaget y sus consecuencias para la praxis educativa:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=s1609-74752008000100011&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=s1609-74752008000100011&script=sci_arttext)

Angeles, P. M. (2012). *Teoria del constructivismo social de lev vygotsky en comparacion con la teoria jean piaget*. Recuperado el 13 de octubre de 2013, de  
<http://www.proglocode.unam.mx>

Bouchard , C., Shepphard, R., & Stephens , T. (1994). *Physical activity, fitness and health, International proceedings and consensus statement*. Champaign, IL.

Bray, G. (2003). Historical framework for the development of ideas about obesity. En *Handbook of obesity* (págs. 1-29). New YORK: Marcel Dekker Inc.

Escolar Castellon, J., Perez Romero de la cruz, C., & Corrales Marquez, R. (2005). *Actividad fisica y enfermedad*. Malaga.

Franco-Giraldo, A. (2011). Atencion Primaria en Salud ¿de regreso al pasado?  
*Rev.Fac.Nac.Salud Publica*, 83-94.

Gabriel, T. C. (2005). *Fundamentos de Salud Publica*. La Habana: ciencias medicas.

Instituto Tomas Pascual Saenz para la nutricion y salud. (2013). Recuperado el 10 de octubre de 2013, de <http://www.institutotomas Pascual.es/publicacionesactividad/publi/libro>

Instituto Tomas Pascual Saenz para la nutricion y salud. (2013). *Instituto Tomas Pascual Saenz para la nutricion y salud*. Recuperado el 10 de octubre de 2013, de Instituto Tomas Pascual Saenz para la nutricion y salud:  
<http://www.institutotomas Pascual.es/publicacionesactividad/publi/libro>

- Irigoien, M., & Vargas, F. (2002). *Competencia laboral : manual de conceptos, metodos y aplicaciones en el sector salud*. Montevideo.
- Jonas, S. (2009). El compromiso clinico y la consejeria. Filadelfia: American College of Sports Medicine.
- Lugones Botell, M. (sep-dic de 2001). Osteoporosis en la menopausia, prevencion y estrategias terapeuticas. *Revista Cubana de Obstetricia y ginecologia*, 27(3), sn.
- Mejia, A. (1984). Cambio de actitud de los trabajadores de salud : funcion de las escuelas de salud publica. *Educ Med Salud*, 18(4).
- Michaud , C., Murray, C., & Bloom , B. (7 de Mar de 2001). Burden of disease implications for future research. *JAMA*, 5(285), 535-539.
- Nebot Adell C, R. E. (2009). Curso virtual para el desarrollo de competencias en atencion primaria de salud. *Panam Salud Publica*, 2(26), 176.183.
- Olivares, S. (12 de octubre de 2013). *Instituto de Nutricion y Tecnologia de los Alimentos*. Obtenido de Universidad de Chile:  
[http://www.inta.cl/material\\_educativo/cd/5obesid.pdf](http://www.inta.cl/material_educativo/cd/5obesid.pdf)
- Organizacion Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promocion de la salud*. Obtenido de Pan American Health Organization: [www.paho.org](http://www.paho.org)
- Organizacion Mundial de la Salud. (1997). *Declaracion de Yakarta*. Obtenido de [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5\\_Declaracion\\_de\\_Yakarta.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf)
- Ramirez-Zea, M. (2007). *Actividad fisica como factor protector de la salud*. Ministerio de Salud de Chile.
- Restrepo HE, M. H. (2001). *Promocion de la Salud : como construir vidas saludables*. bogota: panamericana.
- Rodriguez M. (2011). La teoria del aprendizaje significativo: una revision aplicable a la escuela actual. *Revista Electronica de Investigacion Educativa*, 3(1), 29-50.
- Secretaria de Salud, Republica de Honduras. (2009). *Atencion primaria en salud puerta de entrada al sistema de salud de honduras posibilidades y limites*.
- Silva PJ., A. F. (mayo de 1999). La crisis de la Salud Publica y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamerica. *Cuad. Med. Soc*(75), 5-30.

Silvina, V. (13 de octubre de 2003). *psicologia*. Obtenido de <http://www.psicologia.unt.educ.ar>

US Department of health and services. (1999). En N. C. promotion, *Promoting physical activity, a guide for community action*. Champaing.

Vazquez y. (2001). Educacion basada en competencias. (N. Epoca, Ed.) *Revista de Educacion*, 16.

WHO. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. WHO technical report, who, Geneva.

# ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
POSTGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA  
SEPTIMA PROMOCION GRUPO DE BECARIOS  
CUESTIONARIO PARA RECOLECTA DE DATOS

**Título del estudio:**competencias que tienen los médicos generales en atención primaria en salud para promocionar estilos de vida saludables en actividad física

**ObjetivoGeneral:**Conocer las competencias que tiene los médicos generales en atención primaria en salud para promocionar estilos de vida saludables en actividad física

I. DATOS GENERALES

Nombre del encuestado:\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento Sexo\_\_\_\_\_

Años de ejercer la profesión\_\_\_\_\_

Universidad en la que se graduó\_\_\_\_\_

Residencia \_\_\_\_\_ email:\_\_\_\_\_

## **COMPETENCIAS : CONOCIMIENTO Y HABILIDADES “EL CONOCER Y EL HACER”**

### ÁREA CLÍNICA

#### CONOCIMIENTO

1 ¿Usted recibió alguna formación en relación a consejería sobre actividad física en su facultad de Ciencias Medicas?

Si:\_\_\_\_\_ NO:\_\_\_\_\_

2 En que asignaturas?

---

---

3 ¿ Ud ha recibido capacitación después de egresar de la universidad sobre consejería de actividad física ?

Si: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

4. Si su respuesta es "SI" con quien recibió la capacitación: \_\_\_\_\_

## **HABILIDADES**

5 . Usted le proporciona algún conocimiento a su paciente de como incorporar actividad física en su vida cotidiana

Si: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

6. Mencione que conocimiento le proporciona a su paciente con respecto a como realizar actividad física:

---

## **GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO**

### **CONOCIMIENTO**

7. Conoce de algunas guías utilizadas para dar orientaciones sobre como realizar actividad física :

Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

8. Si conoce algunas guías, porfavor mencione su nombre:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

## **HABILIDADES**

9. tiene usted en su clínica alguna guía de consulta:

Si: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

10. Usted pregunta a todos sus pacientes si realizan actividad física:

Si: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

11. Cuales son los datos que toma usted en cuenta para ofrecer la consejería en Actividad Física:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_

## **COMUNICACIÓN**

## **CONOCIMIENTO**

12. A que profesional referiría a un paciente para iniciar un programa de actividad física (mencionado como un ejemplo)

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_

13. Considera que el sistema de salud debería tener profesionales de educación física como parte de su personal

Si: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Porque: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Mencione quienes cree que pueden ser parte de los equipos multidisciplinarios para la atención integral de la población en relación a la actividad física?

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_

## **HABILIDADES**

15.- Usted ha referido alguna vez a un paciente a para realizar Actividad Fisica

Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ a quien: \_\_\_\_\_

16. Que criterios utiliza o utilizaría para referir a un profesional en Actividad Fisica?

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_

17. Ha tenido usted experiencia trabajo con otros profesionales en la elaboración o ejecución de proyecto o programa de actividad física que mejoren los estilos de vida en la comunidad

Si: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

18. Me puede explicar sobre el proyecto:

---

---

---

## **SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

### **CONOCIMIENTO**

19. Cuales son los riesgos epidemiológicos de la inactividad física:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_

## **HABILIDADES**

20. Usted lleva algún registro de la cantidad de los pacientes que no realizan ejercicio

Si: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

21. ha elaborado o a colaborado en algún plan, proyecto o programa que de respuesta al problema epidemiológico de la inactividad física.

Si: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

22. Puede comentar brevemente en relación a este proyecto:

---

---

---

## **AREA DE GESTION**

### **HABILIDADES**

23. Usted ha coordinado, gestionado u organizado algún proyecto, programa relacionado con la promoción de la actividad física.

Si: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

24. puede mencionarlas:

---

---

---

## COMPETENCIA : ACTITUD “EL DEBE SER”

### ACTITUD POSITIVA FRENTE A LA SALUD (EMPATIA)

25. Usted realiza actividad física como ejercicio? (Si la respuesta es no, pase porfavor a la pregunta 30)

Si: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

26. Hace cuanto tiempo realiza este tipo de actividad física?

\_\_\_\_\_

27. En qué lugar lo realiza?

\_\_\_\_\_

28. Cuanto tiempo utiliza al día para realizar Actividad Física

horas \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

#### EN RELACION AL PACIENTE

29. A continuación una matriz donde usted colocara las dificultades que sus pacientes mencionan para la no realizar actividad física y en el cuadro de la par colocara las posibles respuestas que usted le mencionaría para mejorar la situación

DIFICULTADES DE LOS PACIENTES PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA	POSIBLES ALTERNATIVAS QUE USTED LES DARIA A LOS PACIENTES PARA LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS

