



Conciliación de la vida familiar y laboral con la actividad física.

**Promoción de la actividad física y reducción
del sedentarismo entre los 25 y 44 años**



Autor:

murua
activepeopleactiveplaces

Pokopandegi bidea 11; 011 bul.
20.018 Donostia
www.murua.eu

01. Introducción

El tiempo dedicado a la práctica de actividad física no depende exclusivamente de la voluntad de las personas. A muchas personas les gustaría poder dedicar un mayor tiempo al ocio y a la actividad física, sin embargo son múltiples los factores que se lo impiden. La falta de tiempo es un factor destacado entre los motivos que habitualmente se exponen para no practicar actividad física.

Sin embargo, no se trata simplemente de disponer de más tiempo libre, sino que es necesario entender la calidad de ese tiempo. El tiempo libre es un tiempo fragmentado y discontinuo, la capacidad de enriquecer el desarrollo personal y social de las personas dependerá sobre todo de la capacidad de organizarlo adecuadamente y de compaginarlo con las obligaciones diarias, laborales y familiares.

La conciliación de la vida laboral, familiar y personal es un factor clave a la hora de explicar las posibilidades de la mayoría de las personas a la hora de ser más o menos activas. En esta misma línea, el **uso del tiempo** es un concepto integrador que aporta un enfoque amplio acerca de cómo afectan las diferentes variables y cómo pueden entrar a considerarse dichas variables a la hora de plantear políticas que mejoren la calidad de vida de las personas; entre ellas, la facilitación de estilos de vida activos.

Dado que no se trata de un grupo de edad concreto, en este documento se plantean las recomendaciones de actividad física para el grupo en el que el problema de la conciliación se hace más presente, el de 31-64 años.

Recomendación 1.

Las personas de 31 a 64 años deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales, al menos tres días a la semana, de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.



Recomendación 2.

A fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, convendría que las personas de este grupo de edad alcanzaran hasta 300 minutos por semana, al menos tres días a la semana, de práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.

Recomendación 3.

Dos veces o más por semana, conviene incluir actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

Recomendación 4.

Las personas deberían evitar permanecer quietas (sentadas o en actividades ligadas al sedentarismo) durante períodos prolongados, tanto en el tiempo libre como en el ocupacional.

02. Niveles de práctica de actividad física entre la población de Gipuzkoa de 25 a 44 años

En el análisis de las distintas encuestas y documentos realizados para la elaboración de este trabajo, se observan dos cuestiones clave a tener en cuenta a la hora de pretender mejorar el uso del tiempo y con ello facilitar la práctica de actividad física, es necesario incorporar la perspectiva de género y el nivel socioeconómico.

Dado que no contamos con estadísticas específicas que relacionen los niveles de actividad física con la conciliación de la vida profesional, familiar y personal, se muestran datos separados de la Encuesta de Salud del País Vasco 2013, diferenciando entre los datos de niveles de práctica de actividad física y los datos de condiciones de vida y trabajo.

Niveles de práctica de actividad física

Los datos vienen agrupados por grupos de edad, por lo que tomamos como referencia el grupo en el que las estadísticas muestran mayores problemas para la conciliación, el de grupo entre 25 y 44 años.

Un primer dato que muestra las diferencias entre géneros es la disparidad entre los niveles de práctica en este grupo de edad. Un 40,6% de hombres afirma haber realizado una práctica de actividad física alta, frente al 25,8% de mujeres. En ambos casos se observa un importante descenso en los niveles de actividad física respecto al grupo de edad anterior (15-24), aunque es mayor que el grupo de edad superior (45-64). Sin embargo, es de destacar que **este grupo** objetivo de 25-44 es el que presenta **menor % de población que realiza actividad física saludable**, a excepción de las personas mayores de 75 años.

En este grupo de edad, el principal motivo manifestado por el que no se realiza más actividad física es **“Por falta de tiempo debido a mi trabajo, mis obligaciones familiares o de cuidado”**. Un 57,3% de las personas de ambos sexos lo afirman, siendo el segundo motivo “Por falta de voluntad” con un

alejado 27,8%. En mujeres es mayor que en hombres. A diferencia de estadísticas de otros ámbitos, en la Encuesta de Salud del País Vasco 2013 no se observan apenas diferencias de niveles de actividad física en función de la clase social.

Estadísticas conciliación

Los datos de la Encuesta de Salud del País Vasco 2013 sobre tiempos dedicados a los cuidados, labores del hogar y conciliación muestran importantes diferencias entre ambos sexos.

Frente a un 81,3% de mujeres 25-44 años que realizan labores del hogar, el porcentaje de hombres baja a un 52,4%. Las mujeres dedican 7 horas semanales más (15,8 h.) que los hombres (8,9 h.) a las labores del hogar. Respecto a las horas dedicadas al cuidado tanto de personas adultas como de menores edad, la diferencia es mayor, 20,6 horas las mujeres y 9,6 horas los hombres.

La diferencia de clase social afecta a las horas dedicadas al cuidado en menor medida a los hombres, siendo incluso menor en la clase social de "Trabajadores no cualificados" (5,5 horas semanales) que en la clase de "Directores y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias" (8,4 horas).

En cambio, cuanto mayor es la clase social de las mujeres menor tiempo dedican al cuidado. 12,6 horas las mujeres de clase "Directoras y gerentes..." frente a las 22,9 horas de las mujeres de clase "Trabajadoras no cualificadas".

Estadísticas del uso de tiempo

Si bien no corresponde a datos de la población vasca, son especialmente interesantes los datos mostrados por el estudio "Usos del tiempo y salud" elaborado por el Ajuntament de Barcelona. Es interesante el análisis que realizan de los niveles de actividad física y de sedentarismo en función del sexo, del tipo de empleo y nivel socioeconómico.

Recogemos aquí algunos datos importantes:

- Amas de casa y mujeres empleadas que viven en pareja

No se aprecian diferencias significativas en el grado de sedentarismo entre las amas de casa y las mujeres empleadas que viven en pareja (74,2 % vs. 73 %), ni en el tiempo dedicado a la actividad física moderada (11 vs. 12,3 minutos diarios) o vigorosa (2,5 vs. 2 minutos diarios) durante el tiempo de ocio. En cambio, sí que se observan diferencias de clase en cualquier situación laboral. Así, las mujeres de clase manual son las más sedentarias, tanto entre las amas de casa (80,5 % vs. 61,8 % entre las no manuales), como entre las empleadas (82,9 % vs. 67,3 % entre las no manuales); las que menos tiempo diario dedican a la actividad física moderada durante el tiempo de ocio, tanto entre las amas de casa (7,8 minutos vs. 17,5 minutos entre las no manuales), como entre las empleadas (6,5 minutos vs. 15,7 minutos entre las no manuales); y las que menos tiempo dedican a la actividad física vigorosa durante el tiempo de ocio entre las mujeres ocupadas (0,8 minutos vs. 2,7 minutos entre las no manuales).

- Personas empleadas que viven en pareja

El tiempo dedicado a la actividad física moderada durante el ocio es similar entre los hombres y mujeres de 25 a 64 años que viven en pareja, mientras que los hombres dedican de forma significativa más tiempo a la actividad física vigorosa de ocio. Por otro lado, las personas de clase no manual dedican más tiempo diario a las actividades físicas de ocio, ya sean de tipo moderado o más vigorosas. Así, entre las personas de 25 a 64 años que viven en pareja, los hombres de clase no manual son los que dedican más tiempo diario a la actividad física, tanto moderada como vigorosa, mientras que las personas que menos tiempo dedican a ella son las mujeres de clase manual.

- Las personas responsables de hogares monomarentales

Tal y como sucede con los indicadores de salud, las mujeres responsables de hogares monomarentales presentan unos indicadores con respecto a las conductas relacionadas con la salud similares a los de las madres que conviven con su pareja. Sin embargo, las madres de clase social manual, sea cual sea el estado de convivencia, duermen menos, son más



sedentarias y dedican menos tiempo a las actividades físicas durante el tiempo de ocio. Las madres de clase social manual presentan una mayor prevalencia de dormir 6 horas o menos que las madres de clase social no manual, vivan o no en pareja. Por otro lado, un 84,4 % de las madres solas y un 82,9 % de las madres con pareja de clase manual son sedentarias, en comparación con un 72,4 % y con un 70,5 % de las de clase no manual, respectivamente. Las madres de clase no manual dedican a las actividades físicas moderadas un promedio aproximado de 10 minutos diarios más que las madres de clase manual.

03. Determinantes de la actividad física y la conducta sedentaria entre los 25 y los 44 años

Factores individuales

Edad: las personas de esta edad practican menos actividad física que a edades inferiores y más que a edades superiores. Si bien, dentro del mismo grupo de edad, como es lógico el factor fundamental es el cuidado de menores, que cada vez comienza más tarde. En la CAV la media de edad con la que las mujeres son madres por primera vez se sitúa ya por encima de los 32 años.

Sexo, las mujeres son menos activas y tiene más dificultades de conciliación debido a la mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados que asumen.

Nivel socioeconómico: a menor nivel socio-económico, menor actividad.

Estado civil y estructura familiar. Si bien este factor influye de modo diferente en mujeres y hombres, en principio las personas responsables de hogares monomarentales presentan menores niveles de actividad física, aunque muy similares a las mujeres casadas que se dedican a las tareas del hogar.

Pertenencia étnico-cultural. Existen importantes diferencias en los hábitos de vida referidos a la actividad física entre algunos grupos étnico-culturales, especialmente en las mujeres.

Factores sociales

El ámbito familiar: los niveles de actividad física de padres/madres, hermanos/as e hijos/as influyen en los niveles de actividad de este grupo. Por supuesto, el apoyo familiar tiene un importante efecto en las posibilidades de conciliación y poder optar a tiempo de ocio para dedicar a la actividad física.

Cónyuge o pareja: tanto en los niveles de actividad física (una pareja activa influye positivamente), como en la disposición

de compartir las cargas domésticas y de cuidado para permitir disfrutar de mayor tiempo para la actividad.

Los pares, personas con las que se identifica, son un referente fundamental son lo que se comparten estilos de vida más o menos activos y con mayor o menor niveles de conciliación.

Las **instituciones** y organizaciones, como escuelas, empresas y las organizaciones comunitarias, que pueden ofrecer y servicios que faciliten los usos del tiempo. La propia **comunidad** en la que viven, sus normas y el acceso a redes de apoyo social son factores importantes en comparación con el aislamiento social.

La **visibilización** de personas practicando actividad física en el entorno, los mensajes de **publicidad**, así como la **información** y orientación sobre cómo y dónde participar.

Las **políticas y programas** de la Administración, los **recursos** que destina y el objetivo de los mismos son obviamente un factor que influye en los niveles de práctica. Esto puede actuar por varias vías. Por una parte debido a que el nivel de ingresos disponibles para el gasto en actividades físicas y coste para las personas usuarias influye directamente y estas pueden ser financiadas en parte.

Por otra parte, por las oportunidades y servicios deportivos y recreativos, su adecuación a las necesidades de conciliación en cuestión de coordinación y flexibilidad de horarios.

Entorno físico

Posibilidad de **acceso** fácil a **espacios** e instalaciones como parques, polideportivos, áreas para la actividad física, gimnasios, vías ciclistas, recorridos para caminar, etc. Disponer de equipamiento para la práctica en el hogar también muestra una relación positiva con los niveles de actividad física.

La **calidad** de estos **espacios** también es fundamental, tanto en lo que se refiere a la estética, limpieza, iluminación...

Seguridad: Es un factor fundamental que afecta a los niveles de actividad física, teniendo en cuenta tanto la seguridad real como la percibida por las propias personas y tanto la seguridad relacionada con la delincuencia como la vial.



Factores vinculados a la conducta sedentaria

El tipo de ocupación es el factor fundamental. Las ocupaciones que conllevan largos tiempos sentadas y/o largos tiempos de desplazamiento motorizado afectan conllevan importantes periodos sedentarios.

Las actividades de pantalla como la televisión, el ordenador, la tablet o el Smartphone suponen largos tiempos sedentarios.

04. Evidencias de intervenciones efectivas para incrementar la actividad física y reducir la conducta sedentaria

Facilidades desde la Administración

Incrementar los recursos públicos destinados al **cuidado** de las personas dependientes: guarderías para niñas/os de 0 a 3 años, centros de día para las personas mayores, servicios de proximidad y actividades extraescolares, considerando la posibilidad de que éstas puedan desarrollarse en familia. En esta línea, la oferta de programas de **actividad físico-deportiva conjunta** para personas adultas y menores facilita la práctica de ambas y es una de las propuestas más demandadas por parte de madres y padres.

La **coordinación de horarios** para hacer coincidir actividades de adultas y menores también se ha mostrado efectiva y es habitualmente demandada para facilitar la conciliación.

Centros de trabajo

Implantación de **programas propios** en las empresas para el fomento de la actividad física y la vida saludable. Los programas con **podómetros** combinados con el establecimiento de objetivos, diarios y autocontrol, y rutas para caminar se han mostrado efectivos. En general, proporcionar estrategias individuales de cambio de comportamiento y autocontrol.

Las **revisiones** de salud así como el **asesoramiento** en los lugares de trabajo son intervenciones que pueden realizarse aisladamente o como parte de una intervención multicomponente.

Promover un **espacio** para la actividad física dentro de los propios centros de trabajo o en los parques empresariales en los que se ubica.

Fomentar el uso de las **escaleras**, modificándolas para hacer más atractivo su uso

Promocionar la **movilidad activa al trabajo**, andando o en bicicleta, utilización de material escrito sobre salud y su distribución entre las y los empleados y promoción del desplazamiento activo como parte de una campaña más amplia. Los incentivos económicos como pequeñas mejoras en el sueldo a las personas que acudan a trabajar andando o en bicicleta están dando buenos resultados allí donde se han implantado.

Involucrar a los/as trabajadores/as en la planificación y ejecución de programas. Involucrar también a la familia en las intervenciones a través de programas de auto-aprendizaje, boletines de noticias, festivales, etc. Intervenciones diseñadas por los y las trabajadoras que incluyan información sobre la actividad física y salud, transporte activo, subir escaleras, caminar, pruebas de aptitud y orientación.

Comunidad

A la hora de diseñar **campañas** para toda la comunidad para aumentar la actividad física deben involucrarse muchos sectores de la comunidad, incluyendo estrategias en diferentes ámbitos (multicomponente) y que sean muy visibles. Estas campañas pueden incluir otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, particularmente la dieta y el tabaquismo.

Programas específicos para la promoción de la conciliación, formación en igualdad y participación igualitaria. En esta línea, también se proponen iniciativas para la difusión y visibilización de las mujeres en el ámbito de la actividad física, especialmente las de este grupo de edad y ejemplos de conciliación.

Considerar las posibilidades de internet para ofrecer un trato personalizado e identificar grupos de riesgo.

Elaborar guías de recursos y oportunidades para la práctica de actividad física. Creación de un archivo de buenas prácticas e intercambio de experiencias en la promoción de la actividad física.

Comunicación y Marketing social

Las campañas en los medios de comunicación tienen un efecto positivo, si bien este efecto es mayor si son parte de un programa mayor con intervenciones multicomponente y además se coordinan con otras políticas para mejorar el entorno local y se apoyan en la participación.

Las campañas además de promover la actividad física pueden visibilizar ejemplos de personas activas, informar de facilidades y servicios para la práctica y promover la corresponsabilización de las tareas domésticas y familiares entre hombres y mujeres desde una temprana edad.

Intervenciones generales, comunes a otros grupos poblacionales

Intervenciones en el entorno físico

Movilidad: Las directrices que habitualmente se marcan desde los Planes de Movilidad Urbana Sostenible favorecen una movilidad activa:

- Redes de itinerarios peatonales que reduzcan el número de intersecciones y mejoren su cruce mediante medianas, islas refugio, semáforos con cuenta atrás y tiempos suficientes, etc.
- Facilidades para superar dificultades como escaleras o cintas mecánicas.
- Redes e infraestructuras ciclistas, así como las infraestructuras de apoyo como aparcamientos, señalética, etc.
- Medidas de calmado de tráfico, como las calles 30, o mejor, las calles 10 y la incorporación de elementos físicos para lograr ese calmado: extensiones de las aceras, medianas y reductores de velocidad, intersecciones y cruces ligeramente elevados, señales de advertencia para ceder el paso a peatones.

- Mejoras de la señalética que incluyan información sobre la actividad física realizada en los distintos tramos.

Diseño urbanístico: Incorporar en las directrices de diseño urbano cuestiones como la mezcla de usos que acerquen las actividades básicas y puedan realizarse caminando, la continuidad y conectividad de las aceras y las calles, los espacios verdes y de ocio y otras funciones urbanas básicas.

Accesibilidad: Mejorar y ampliar los accesos a instalaciones, equipamientos y espacios abiertos para evitar barreras a personas con movilidad reducida. A nivel de planeamiento, optar por un modelo de calles bien conectadas, evitando calles sin salida y facilitando el tránsito peatonal.

Incorporar una buena señalética que permita una adecuada orientación. Esta señalética, a su vez, puede incluir instrucciones en los puntos de decisión para fomentar el uso de las escaleras o cualquier otra alternativa más activa.

Diseño: Aumentar la calidad del espacio público mediante un diseño atractivo, un mejor alumbrado, que genere un mayor reclamo para el paseo y la vida activa en la calle. Incluir el factor de la seguridad, teniendo en cuenta la visibilidad de aceras y espacios abiertos desde las viviendas y locales cercanos.

Evaluar y mejorar la calidad del entorno físico, por ejemplo el desnivel, las superficies antideslizantes, el mantenimiento, la reparación, la limpieza de nieve y la colocación de aceras y pasos de peatones.

Espacios abiertos: Planificar una buena red de zonas verdes, parques, plazas y áreas naturales perirurbanas. Dinamizar actividades en estos espacios abiertos y formación para actividades como andar, montar en bicicleta, uso de recursos deportivos, creación y dinamización de circuitos y rutas, etc.

Equipamientos: Incorporar elementos para la práctica de actividad física como parques biosaludables, redes señalizadas de senderos, señalética como posibles ejercicios y dinamización de los mismos mediante la organización e actividades.

Evaluuar: Incluir la evaluación, o al menos la consideración, del impacto que las intervenciones urbanas tendrán en la salud y en los niveles de actividad física de la población.

Valorar y evaluar la facilidad/usabilidad de las instalaciones por las personas de todas las edades

Intervenciones comunitarias

Políticas: Involucrar en el desarrollo de políticas para la promoción de la actividad física a un amplio grupo de organizaciones deportivas y de ocio, por ejemplo los principales agentes deportivos.

Políticas y actuaciones en materia de transportes y movilidad. Mejorar las opciones de transporte, especialmente en las comunidades en las que este sea un problema, incluyendo mejoras en el acceso al transporte público y horarios.

Estrategias: En general deben implicar a todas las comunidades locales y personas expertas de diferentes ámbitos políticos para asegurar que se aprovecha todo el potencial de la actividad física.

Incluir estrategias para reducir el crimen o el riesgo o percepción de peligro aumenta la motivación de las personas para salir a caminar o andar en bicicleta. También incluir estrategias para aumentar la cohesión social y la vida de los pueblos y barrios, por ejemplo confianza mutua, valores compartidos, la solidaridad entre los vecinos.

Campañas: Las campañas para toda la comunidad para aumentar la actividad física son intervenciones que:

- Involucran a muchos sectores de la comunidad.
- Incluyen estrategias multicomponente (por ejemplo, el apoyo social, la detección factor de riesgo o de educación para la salud), altamente visibles y de base amplia.
- También pueden incluir otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, particularmente la dieta y el tabaquismo.
- Suelen centrarse en un objetivo común (por ejemplo, reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares)

Intervenciones de apoyo social en la comunidad y la creación de nuevas redes sociales o de trabajo en redes preexistentes en un entorno social fuera de la familia, tales como centros de cuidado. Estas intervenciones suelen implicar “alcanzar acuerdos” con los demás para completar los niveles especificados de actividad física para integrarse y lograr su amistad y apoyo.

Intervenciones que emplean enfoques cognitivos o de conducta individual o de grupo con una combinación de sesiones de grupo y de ejercicios en el hogar.

Intervenciones a través de Internet o del ordenador con trato personalizado e identificación de grupos de riesgo.

Intervenciones sobre la actividad física de grupos empleando lugares y estructuras ya existentes. Intervenciones específicas adaptadas a grupos específicos de población (atendiendo a aspectos culturales, religiosos, etc.), con un seguimiento de la pérdida de peso, los hábitos de dieta saludables y el incremento de actividad física.

Programas: clases de actividad física dirigidos a un grupo homogéneo:

- Combinación de clases/actividades en grupo complementadas con ejercicios supervisados en el hogar.
- Ir acompañado por ejemplo de amigos/as o en paseos organizados condujo puede aumentar la motivación y el apoyo social para caminar, sobre todo entre los nuevos participantes y personas con menos confianza.
- Aumentar el número y la amplitud de las clases de actividad física y las instalaciones, especialmente en los barrios con menor oferta.
- Formar a profesionales de la salud y de otros ámbitos, por ejemplo médicos/as de atención primaria, enfermeros/as, profesionales del deporte, gestores/as, en la importancia de la actividad física.

Específicas contra el comportamiento sedentario

Tiempo sedentario: Iniciativas dirigidas a reducir el tiempo total acumulado en actividades sedentarias y a incrementar el número de rupturas del tiempo sedentario continuado.

- Reducir el tiempo de televisión y delante de pantallas (consolas, ordenador, etc.)
- Marcar límites claros sobre cuánto tiempo se ve la televisión en casa.
- Tener un televisor como máximo en casa o plantearse no tener televisor.

Comunicación: Inclusión en las campañas de comunicación para la promoción de la actividad física de mensajes dirigidos a la reducción de la conducta sedentaria. Comunicación de recomendaciones a la población de reducción de la conducta sedentaria basadas en las evidencias científicas disponibles.

Movilidad: Fomento del caminar, andar en bicicleta o emplear el transporte público para desplazarse. Minimizar el uso del coche o motocicleta y plantear días libres de coches.

Programas de uso de podómetros para incrementar la actividad de caminar. Sesiones para la fijación de objetivos de reducción del tiempo dedicado a conductas sedentarias seguido de envío continuado de comunicaciones.

Atención primaria en Salud

Profesionales de la medicina: Las y los médicos son vistos como fuentes fidedignas de información por parte de las personas mayores, y el asesoramiento de un médico de cabecera (tanto negativo como positivo) se ve como algo significativo e importante.

Consejo profesional: Las intervenciones breves de atención primaria que incluyen el consejo a la población adulta en general promueven los beneficios a corto plazo de la actividad física, incluidos los que incorporen la actividad física como prescripción específica, adaptada a las características y las preferencias del paciente y la provisión de materiales suplementarios. Las mejoras a corto plazo también pueden ser

logradas por otros/as profesionales, incluyendo enfermeros/as y otras personas que den orientación sobre salud.

Patologías: Las intervenciones dirigidas a grupos de riesgo con patologías crónicas que:

- incluyan a personas inactivas, con sobrepeso o que tengan historial familiar de obesidad, enfermedades cardiovasculares, cáncer y/o diabetes tipo 2,
- incluyan al menos una sesión de evaluación de riesgos para la salud con un/a profesional de la salud, con una breve discusión para decidir objetivos razonables y un seguimiento con personal cualificado,
- sean soportadas con información específica,
- estén relacionadas y/o coordinadas con otros agentes tales como organizaciones deportivas o campañas de comunicación masivas sobre actividad física.

Efectividad: Con el objetivo de priorizar esfuerzos, se recomienda seleccionar un grupo de población objetivo basado en la disposición al cambio y la combinación de factores de riesgo y características sociodemográficas de las y los pacientes.

Programas para la **pérdida de peso** con profesionales de la salud con:

- consultas telefónicas o a través de internet durante un periodo de al menos 4 semanas y
- un programa de autoayuda que incluya autocontrol.