

Resumen de las ponencias del Primer Encuentro Anual de los Comités del Foro GanaSalud

Organizado por la Consejería de
Deportes de la Comunidad de Madrid

Celebrado del 28 al 30 de enero de 2009

PRESENTACIÓN DE ALBERTO LÓPEZ VIEJO (Consejero de Deportes de la Comunidad de Madrid)

López Viejo solicita a los implicados en el Foro GanaSalud que continúen con el empeño común de mejorar la sociedad a través de la actividad física

Alberto López Viejo, Consejero de Deportes de la Comunidad de Madrid, inauguró el primer “Encuentro Anual de los Comités del Foro GanaSalud”, una cita que reúne, del 28, al 30 de enero en las instalaciones del INEF, a los miembros del Comité Asesor Internacional y del Comité Científico del Foro GanaSalud con el doble objetivo de evaluar los resultados de este importante proyecto, que se puso en marcha hace ahora un año, y planificar las líneas de actuación para el futuro.

López Viejo trasladó un mensaje de gratitud a todos los que hacen posible el proyecto Foro GanaSalud, especialmente al Director General de Promoción Deportiva de la Consejería de Deportes, José Ramón Lete, y a todo su equipo, y a los miembros de los Comités Científico y Asesor del Foro. Recordó que, en los últimos meses, 75.000 visitantes han encontrado en la plataforma Foro GanaSalud un lugar de intercambio de experiencias, ponencias, estudios e informes.

El Consejero manifestó su satisfacción por contar con un proyecto de gran compromiso en la lucha contra el sedentarismo y la apuesta que representa para la Consejería trabajar con un grupo muy numeroso de médicos, expertos y profesionales de la educación física que se han querido acercar a un punto de encuentro como el Foro para combatir el sedentarismo y la lacra que representan para la sociedad actual el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades asociadas. López Viejo agradeció el trabajo callado, pero esencial y definitivo, de cuántos participan en el Foro para mejorar la salud de la sociedad española.

Para finalizar su intervención, pidió a todos los implicados en el proyecto que no abandonaran el empeño común de conseguir una sociedad mejor.

El acto de inauguración comenzó con la proyección de un vídeo explicativo del proyecto Foro GanaSalud y, precedieron al Consejero en el uso de la palabra Javier Sampedro Molinuevo, Decano de la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte de la Universidad Politécnica de Madrid, y Belén Prado Sanjurjo, Viceconsejera de Ordenación Sanitaria e Infraestructuras de la Consejería de Sanidad del Gobierno regional.

Sampedro agradeció a los responsables del Foro la elección de INEF como sede de esta iniciativa y recordó el éxito de las Jornadas que se celebraron en 2006, con más de 1.000 asistentes, y que fueron el embrión del Foro GanaSalud. También hizo un llamamiento a la colaboración de las Administraciones y los profesionales de la salud con el colectivo de licenciados y graduados en Educación Física para aunar esfuerzos y lograr mejorar los porcentajes de práctica de AF entre la población.

Belén Prado, viceconsejera de Sanidad, habló sobre la incidencia positiva de la AF en la salud física, psíquica y social de los individuos y de los efectos nocivos del sedentarismo. Reveló datos de estudios recientes sobre actividad física en edad escolar en la Comunidad de Madrid, alguno tan preocupante como que el 14,4% de los niños de entre cinco y 12 años no realiza ninguna actividad física extraescolar. Traslado al auditorio la preocupación de las autoridades sanitarias por estas cifras y su satisfacción por sumarse a iniciativas, como el Foro GanaSalud y este Encuentro anual, encaminadas a mejorar la salud de los madrileños.

PEDRO CONTHE (jefe de sección de Medicina Interna del Hospital General Universitario Gregorio Marañón)

La prevención de enfermedades cardiovasculares por trastornos metabólicos se ataja con hábitos saludables

Adquirir desde la infancia hábitos saludables o modificar precozmente los estilos de vida suponen para Pedro Conthe, jefe de sección de Medicina Interna del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, la primera acción en el individuo o en el paciente que el profesional médico ha de aconsejar como fórmula efectiva para atajar enfermedades cardiovasculares

Esa es la principal conclusión que Conthe expuso en la tarde del miércoles 28 de enero en la conferencia que cerró la primera jornada del I Encuentro Anual del Foro GanaSalud bajo el título 'Impacto positivo de un estilo de vida saludable, que incluya la práctica regular de la Actividad Física, en la prevención de las enfermedades cardiovasculares asociadas a trastornos metabólicos'. Junto a ello, el doctor Conthe evaluó positivamente el hecho de enfrentarse a la obesidad y el sedentarismo como una primera etapa de enfermedad y solicitó a la red asistencial médica que se involucre especialmente en el abordaje de este tipo de enfermedades o primeros hábitos poco saludables para alejar en edad cualquier trastorno cardiovascular o diabético.

Conthe calificó, desde un análisis antropológico, como toda una paradoja el hecho de que la evolución del ser humano, que debería ir a mejor, sea inversa en su recorrido y vaya a peor debido principalmente al sedentarismo. En este sentido, el doctor señaló que "no estamos preparados para el cambio de actitudes adquiridos en la vida moderna con respecto a los prediseñados en la etapa primitiva". El doctor aportó como máxima preocupación que el exceso de peso puede llegar a reemplazar al tabaco en la causa de mortalidad global.

Sin embargo, el jefe de la sección de Medicina Interna del Marañón intentó hacer ver a los asistentes a su conferencia en el salón de actos del INEF su máxima preocupación por el incremento de la obesidad infantil en España, situándola por encima de las grandes cifras que ya acercan proporcionalmente la de obesos adultos en España con las de Estados Unidos.

Por todo ello, Conthe cree imprescindible incorporar la actividad física en el día a día, e incluso considera que es, como tratamiento de la obesidad o del sedentarismo, más fácil de aplicar que las dietas.

El último ponente de la primera jornada del Encuentro del Foro GanaSalud se detuvo un instante en introducir a los asistentes en un concepto aún comprometido entre la comunidad médica, pero que permite dotar de mayor simplicidad a la detección de problemas cardiovasculares: el Síndrome Metabólico (SM). Se trata, según explicó el doctor Conthe, de un mejor parámetro que se está aplicando últimamente para

diagnosticar a una persona con obesidad y proclive a sufrir riesgos cardiovasculares. El SM se fija en el perímetro abdominal del individuo (88 centímetros para la mujer y 102 para el hombre) y sitúa al médico en la relación de grasa abdominal y de glucosa como mejor forma de medida de riesgo cardiovascular que el índice de masa corporal que se ha venido utilizando y que aún se utiliza. El Síndrome Metabólico ha establecido cinco criterios (obesidad abdominal, triglicéridos, colesterol HD, tensión arterial sistólica y glucosa basal) y según se sobrepase los índices en tres de los cinco criterios se puede diagnosticar que un individuo ya está en riesgo de sufrir cualquier tipo de incidencia cardiovascular.

Pero si el doctor Conthe aportaba como virtud del nuevo concepto el hecho de su simplicidad como medida de detección de riesgos también aclaró como inconveniente el que no tenga en cuenta la heterogeneidad de la población según el lugar geográfico en el que se encuentre o que no considere factores básicos de riesgos como el tabaco, la edad del individuo, su historia familiar o el sedentarismo. En definitiva, y Conthe lo asume, que es necesario mayor precisión individual para detectar el riesgo cardiovascular que lo que, de momento, puede aportar este nuevo concepto.

Para el doctor, los múltiples estudios que se han realizado y se están realizando sobre sedentarismo, hipertensión arterial, o diabetes, sobre todo, de tipo 2, permite a la comunidad médica tener una herramienta muy efectiva para concluir que la modificación precoz de estilos de vida poco saludables es la forma más efectiva de alejar riesgos cardiovasculares en el tiempo de cada individuo y añadió que no hay que observar como frustración el hecho de que alguien se muera por problemas cardiovasculares en edad tardía, ya que "la vida eterna –se manifestó el doctor-, no existe".

Lo que sí, esgrimió Conthe casi al final de su exposición, es la necesidad de superar una serie de barreras en el paciente y en el profesional médico que le hace tener una falta de cultura preventiva, en el caso del primero; y de una escasa formación para transmitir hábitos saludables en el caso del segundo; concluyendo que "es difícil, pero posible" combatir el sedentarismo y sus riesgos cardiovasculares o diabéticos y requiere de "una valoración psicológica, de unos hábitos alimentarios y del ejercicio como factor de prevención crucial".

JUAN ANTONIO CORBALÁN (Cardiólogo, Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte y en Medicina del Trabajo)

Dr. Corbalán: "el movimiento es vida"

“Gracias a algo tan sencillo como movernos, podemos obtener algo tan importante como una buena salud y mejor calidad de vida”. Con esta máxima inició Juan Antonio Corbalán, cardiólogo, especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte y en Medicina del Trabajo y leyenda del deporte español, la presentación del Encuentro del Foro GanaSalud.

Tras la inauguración institucional, Juan Antonio Corbalán tomó la palabra y anunció un discurso de compromiso y exigencia. En primer término, manifestó su preocupación tras conocer datos de estudios recientes que revelan, por ejemplo, que el 80% de la población no hace ningún tipo de actividad física en su tiempo libre y que esta tendencia se incrementa a medida que los individuos cumplen años.

Como representante del Foro animó a practicar actividad física, no sólo porque lo prescriban los médicos sino por convertir lo que la evidencia científica ya ha demostrado en una realidad de utilidad social. El gran reto del Foro debe ser trasladar el mensaje que pretende difundir fuera del ámbito de los expertos, más allá de los círculos profesionales, para que llegue a la población y se rentabilice el proyecto en forma de salud.

Corbalán manifestó su convencimiento de que el Foro es un elemento de valor para la sociedad e incidió en la idea de que una sociedad más sana es una sociedad más libre, menos dependiente y con mayor nivel de autoestima. Explicó la necesidad de difundir los beneficios de la actividad física más allá de la perspectiva sanitaria; "...la prescripción de ejercicio debe exceder de la relación médico-paciente".

Avanzando en su exposición, el ponente hizo un llamamiento a la responsabilidad de todos los estamentos sociales en la lucha por favorecer la salud. Pidió el compromiso de las autoridades escolares y universitarias para lograr mejores resultados de práctica deportiva; de las administraciones sanitarias para que los pacientes reciban dietas con recomendaciones de nutrición pero también de AF; y del mundo empresarial para que dediquen recursos a la habilitación, en sus instalaciones, de áreas donde sus trabajadores puedan practicar AF. También recordó la necesidad de contar con espacios urbanos, suficientes y adecuados, para ejercer la práctica de AF y de trabajar en planes efectivos de conciliación de la vida laboral y familiar para favorecer espacios y tiempos de ocio.

Juan Antonio Corbalán finalizó su exposición con otra máxima: "La peor crisis no es la de los recursos, sino la de las ideas y las voluntades" y manifestó su confianza en que el Foro continúe siendo una plataforma de generación de ideas con voluntad para transmitir las al conjunto de la sociedad.

BÁRBARA AINSWORTH (Profesora de la Universidad de Arizona en Estados Unidos)

La inactividad física, un problema que ha de abordar la salud pública con programas comunitarios coordinados

A la doctora Bárbara Ainsworth, profesora de la Universidad de Arizona en Estados Unidos y una de las mayores expertas del mundo en salud pública, no le cabe duda que la inactividad física es ya un problema que ha de afrontar la salud pública, y considera que el trabajo con programas comunitarios coordinados es el camino que puede incidir positivamente en reducir los índices de morbilidad y mortalidad gracias a la actividad física

La doctora Ainsworth ha querido dar a conocer a los asistentes a la segunda de las conferencias de la mañana del jueves 29 de enero de las Jornadas del Foro Gana Salud que se está celebrando en el INEF de Madrid y bajo el título ‘La inactividad física como problema de salud pública: retos y oportunidades’, la responsabilidad que han de asumir las administraciones públicas en un problema tan creciente como es el de la inactividad física y los riesgos que con ello se presenta para cualquier individuo.

Para ello, Ainsworth ha aclarado en primer lugar cual es la función que ha de asumir la salud pública y cómo ha mejorado en los últimos 25 años, justo cuando la inactividad física empieza a evaluarse como un verdadero problema para la salud de las personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad". La OMS, la principal agencia de salud pública del mundo, establece una agenda de actividades encaminadas a prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud y la eficiencia mediante una acción organizada en la comunidad. Como tal, la salud pública aborda las amenazas a la salud de las personas en los países desarrollados y en vías de desarrollo. El ámbito de acción de la salud pública es amplio: intenta modificar las condiciones sociales que derivan en enfermedades y lesiones y fomenta actividades que garanticen unas condiciones en la comunidad que favorezcan el bienestar.

Muchas de las comodidades que damos por sentadas en los países desarrollados, como el agua limpia, los servicios de saneamiento o el control de las enfermedades contagiosas, pueden atribuirse a esfuerzos organizados de la salud pública. La práctica de la salud pública se centra en dos niveles para asegurar la salud de la comunidad. Las actividades que no requieren ninguna acción se denominan ‘protección pasiva’, e incluyen el tratamiento del agua, leyes que prohíben el tabaco y la protección de los alimentos de la contaminación para mantener su calidad.

Las actividades diseñadas para garantizar la salud que requieren una acción por parte de las personas se conocen como ‘protección activa’, e incluyen leyes que obligan a

motoristas y ciclistas a llevar casco o que obligan a abrocharse el cinturón de seguridad en el coche. Realizar una actividad física regular es una forma de protección activa, pues requiere el esfuerzo de una persona en beneficio de su salud.

A lo largo del último siglo se han documentado muchos avances en la salud pública. Durante la segunda mitad del siglo XX se reconoció la actividad física como una importante conducta beneficiosa para la salud. En las décadas de 1970 y 1980 se pusieron en marcha actividades de supervisión para identificar los niveles de actividad física en la población.

En 1987 se identificó la inactividad física como un importante factor de riesgo de enfermedad coronaria, a un nivel equivalente al tabaco, la hipertensión y la hipercolesterolemia, y en 1993 la American Heart Association reconoció que se trataba de uno de los principales factores de riesgo de enfermedad del corazón. La demostración de los beneficios de una buena salud cardiorrespiratoria en la prevención de la mortalidad prematura por enfermedad cardiovascular o por cualquier otra causa fue una importante contribución en el ámbito de la salud pública.

En 1995, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos y el American College of Sports Medicine emitieron una declaración de consenso sobre el valor de la actividad física regular de intensidad moderada como conducta beneficiosa para la salud, para la prevención de muchas enfermedades crónicas y como factor de bienestar y buena salud. La declaración se actualizó en el año 2007 para reconocer la importancia de la actividad física diaria y el entrenamiento de fuerza en la salud. El primer informe sobre actividad física y salud de la Dirección General de Salud Pública de Estados Unidos se publicó en 1996, y en 1999 se desarrolló un sistema de supervisión de actividad física de la Unión Europea (EUPASS). Desde principios del siglo XXI los beneficios de la actividad física para la salud se han reconocido en todo el mundo. En el año 2004 la OMS actualizó su Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Esta acción iba acompañada de la iniciativa «Por tu salud, muévete» de la OMS, así como de varias declaraciones en favor de la actividad física como forma de contrarrestar la obesidad.

Se han usado varios criterios para determinar la amplitud de la inactividad física como problema de salud pública en vez de como mera cuestión social o cultural popular. Trataremos cuatro criterios para responder a la pregunta: ¿es la inactividad física un problema de salud pública?

1. La inactividad física rebasa las fronteras geográficas, políticas y de cualquier otro tipo. Las diferencias en la actividad física por raza y origen étnico, tradiciones culturales, nivel económico y educativo o fronteras geográficas sugieren que se trata de una condición general que no se limita a un único grupo de población ni a una ubicación geográfica. Los datos demuestran que la inactividad física es mayor en las mujeres que en los hombres, que existe una relación con el nivel educativo y la clase social, y que está influida por las culturas y las tradiciones. El Eurobarómetro 2002 muestra un patrón gradual de incrementos de la inactividad en los países de la Unión Europea; los niveles más altos de actividad de intensidad moderada se dan en los Países Bajos y en Dinamarca, mientras que los niveles más bajos corresponden a España y Francia. En las diferentes áreas geográficas de Estados Unidos se han observado patrones similares,

donde los estados del sudeste son los más inactivos, mientras que los adultos más activos se encuentran en los estados del oeste.

2. La inactividad física afecta a la salud, el funcionamiento y el bienestar de muchas personas. La inactividad física está relacionada de forma causal con muchos tipos de enfermedades crónicas, como enfermedades coronarias, diabetes de tipo 2, cáncer de colon, cáncer de mama, trastornos potencialmente incapacitadores como el sobrepeso y la obesidad, depresión, osteoporosis y fragilidad entre las personas mayores. En todo el planeta, se atribuyen 1,9 millones de muertes a la inactividad física, una cifra que podría desaparecer si todas las personas realizaran al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada y vigorosa. Según los resultados de la encuesta especial Eurobarómetro 2005, el 46 % de las personas adultas de la Unión Europea no realizan una actividad física a los niveles recomendados, lo que representa 187 millones de personas. En España, se calcula que el 60 % de los adultos no realizan una actividad física regular, lo que significa que cerca de 26 millones de adultos presentan riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y de muerte prematura.

3. La inactividad física afecta a un gran número de personas, ya que se desconocen los mecanismos causales. Tenemos mucha información sobre los mecanismos causales para los efectos de la actividad física en la salud y la enfermedad. En cambio, se sabe poco sobre los numerosos factores posibles que contribuyen a un estilo de vida sedentario. El modelo socioecológico que proponen McElroy et al. ofrece un excelente marco para estudiar los factores determinantes conductuales y las correlaciones de la inactividad física. ¿Cómo influyen la edad, el sexo, la masa corporal y la autoeficacia a la hora de tomar decisiones que conducen a una vida activa o sedentaria? ¿El apoyo social, las tradiciones culturales y la dinámica familiar pueden ayudar a las personas a ser más activas? ¿O inhiben la actividad física en algunas personas? ¿Las políticas del lugar de trabajo y el acceso a áreas recreativas son eficaces a la hora de fomentar decisiones que favorezcan la actividad física? ¿Y cómo afectan la forma urbana, las alternativas de transporte y los mandatos legislativos al modo en que las personas optan por una vida activa o por una sedentaria? Son preguntas difíciles, pero es esencial conocer las respuestas para poder promover de forma efectiva la actividad física a escala de la comunidad.

4. La inactividad física empeorará si no se aborda como una responsabilidad comunitaria. Una característica del enfoque de la salud pública en la prevención de enfermedades y la garantía de una buena salud es el hecho de que los problemas de salud pública deben abordarse a escala de la comunidad y como una responsabilidad comunitaria. Los esfuerzos de la comunidad reflejan la suma de individuos, grupos, instituciones, organizaciones y gobiernos en las ciudades y pueblos para actuar de forma coordinada a fin de obtener unos resultados óptimos. La supervisión de la actividad física en Inglaterra revela un incremento constante en la proporción de adultos que cumple las recomendaciones de actividad física, con un aumento del 20 al 25 % en las mujeres y del 33 al 40 % en los hombres entre 1997 y 2006. Esto refleja un esfuerzo enorme por parte del gobierno y de grupos de voluntarios para aumentar las oportunidades de actividad física. Si bien un incremento del 5 % en la prevalencia de la actividad física puede no parecer demasiado, cada 1 % de disminución de las conductas sedentarias puede traducirse en miles de vidas salvadas de una enfermedad crónica o una mortalidad prematura.

Los problemas de salud pública se solucionan mejor con enfoques comunitarios coordinados. Existen numerosos ejemplos de este tipo de programas, entre los que Ainsworth ya destaca el Foro Gana Salud de la Comunidad de Madrid. El Foro Gana Salud es un foro multidisciplinario que difunde estrategias probadas para incrementar la actividad física entre los ciudadanos de la Comunidad de Madrid. Para la doctora y ponente es el comienzo de un programa que puede dar traslado y expandirse al territorio nacional.

Un ejemplo de proyecto comunitario de promoción de la actividad física con influencia mundial en la promoción de la actividad física es Agita Sao Paulo. Agita Sao Paulo, dirigido por el doctor Victor Matsudo, se lanzó en 1996 para fomentar la actividad física como forma de vida en el Brasil. Al inicio del programa, entre el 70 y el 80 % de los habitantes de Sao Paulo, una ciudad de 34,7 millones de habitantes, no cumplía con la recomendación estatal de realizar 30 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada 5 días a la semana. El programa tuvo tanto éxito que se exportó a otros estados del Brasil, a otros países sudamericanos y, en última instancia, fue adoptado como red por la OMS. La red Agita Mundo ('Por tu salud, muévete') incluye 59 países y 263 instituciones miembros. Además, 'Agita Mundo' fue el tema del Día Mundial de la Salud celebrado el 6 de abril de 2002.

Otro excelente ejemplo de enfoque comunitario coordinado para aumentar la actividad física en la Unión Europea es la red HEPA Europe. Esta red europea para la promoción de una actividad física beneficiosa para la salud está avalada por la Oficina Regional para Europa de la OMS. A mayor escala, la Global Alliance of Physical Activity (GAPA), puesta en marcha en el año 2006, se fundó para ofrecer coordinación, integración y orientación estratégica a las actividades de organizaciones y países orientadas a promover la actividad física.

A través de los estudios realizados en los últimos cincuenta años, hemos aprendido muchas cosas sobre los beneficios para la salud de una actividad física regular y de una buena forma física. Sabemos que los adultos pueden reducir las probabilidades de muerte prematura si gozan de un buen estado físico y que el sobrepeso y la obesidad no acortarán nuestra vida ni aumentarán los riesgos de padecer enfermedades si nos encontramos en buen estado físico tanto como si lleváramos una vida sedentaria. Los riesgos de padecer enfermedades pueden reducirse con un estilo de vida que incluya periodos regulares de actividad física moderada o vigorosa. Sin embargo, aún tenemos el reto de identificar los mejores enfoques para animar a las personas a iniciar y mantener un estilo de vida activo de forma regular.

Los datos de supervisión de la Unión Europea sugieren que al menos la mitad de los adultos que respondieron a la encuesta Eurobarómetro 2002 indicaron que caminaban durante 10 o más minutos al día 4 o más días a la semana. Por lo tanto, adoptar un enfoque comunitario para aumentar las oportunidades de caminar con seguridad, tanto para desplazarse como por ocio, solo o en compañía, podría ser un gran incentivo para fomentar la actividad física regular. Los resultados del American Fitness Index del American College of Sports Medicine –un índice comparativo de los atributos comunitarios favorables a un estilo de vida activo y saludable– demostraron que la presencia de parques urbanos, la cantidad de dinero dedicada al mantenimiento de los

parques, el acceso al transporte público y su uso, y la posibilidad ir a trabajar a pie o en bicicleta marcaban la diferencia entre las ciudades mejor y peor clasificadas. En la página web del proyecto Active Living Research, que cuenta con el apoyo de la Fundación Robert Wood Johnson, se pueden encontrar excelentes ejemplos de cómo las políticas y acciones medioambientales pueden favorecer la actividad física a escala comunitaria.

La salud pública se basa en una filosofía donde las discapacidades y muertes evitables deben minimizarse; donde las actividades se realizan como una empresa ética, como un agente para el cambio social; y donde los cambios se producen a pesar de la superstición, la ignorancia, la apatía pública, las interferencias políticas, y con recursos inadecuados. Actuamos como profesionales de la salud pública para aumentar el nivel de actividad física entre los ciudadanos porque es lo correcto, no porque sea algo popular. Así, el objetivo de todos los defensores de la promoción de la actividad física beneficiosa para la salud es aumentar las oportunidades para los ciudadanos de cualquier lugar de disfrutar de una vida activa y saludable.

MESA REDONDA (Juan Antonio Corbalán y J. Ignacio Calderón (Director General de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción) entre otros.)

Expertos de diferentes disciplinas hacen un llamamiento a la acción en el fomento de la Actividad Física y el Deporte

Una visión de la actividad físico-deportiva desde una perspectiva global justifica la heterodoxia de los componentes de la mesa redonda que, con el título “El Ejercicio Físico y la Salud. Un compromiso social”, ha marcado el inicio de la segunda jornada del Encuentro anual de Comités del Foro Ganasalud.

El doctor, Juan Antonio Corbalán, moderador del debate, introdujo en primer lugar a J. Ignacio Calderón, Director General de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción [FAD], que inició su exposición confesando su total convencimiento de la importancia de la actividad física y su compromiso personal con la práctica y la difusión.

Desde su experiencia al frente de la FAD, Calderón explicó alguno de los datos relacionados con el consumo de drogas que afectan especialmente a la población juvenil en España y destacó la relevancia de la AF como elemento de prevención y también de recuperación de individuos ya introducidos en el consumo. Según su testimonio, el consumo de drogas ha experimentado grandes cambios en nuestro país en los últimos años; la edad de iniciación se ha adelantado a los 13 años y los jóvenes encuentran ahora motivaciones de índole colectiva y no individual. “En este momento, las drogas no son un elemento de exclusión, sino de integración e identificación en el mundo juvenil”.

El conferenciante ofreció otro dato preocupante: España se sitúa a la cabeza de Europa en fracaso escolar con un porcentaje del 31%; una realidad en la que, a juicio de Calderón, también influyen las drogas pues el consumo no ayuda al proceso de formación ni de capacitación del individuo en una etapa de la vida esencial para desarrollar estos procesos.

El cambio de valores que ha experimentado la sociedad en los últimos años también se ha convertido en un condicionante que explica determinadas conductas y comportamientos de los jóvenes. El director de la FAD entiende que conceptos como diversión, éxito, bienestar, inmediatez o individualismo les alejan de una educación en valores que les capacite para decidir en libertad. Desde la Fundación se trabaja en la búsqueda de elementos eficaces para invertir esta tendencia y el deporte es una de estas herramientas porque promueve la diversión entre los jóvenes. Calderón apuntó la necesidad de integrar la AF en un programa educativo capaz de transmitir valores pro-sociales a los individuos que les hagan menos vulnerables al consumo de drogas. A su juicio el deporte se ha demostrado eficaz en el camino de la prevención porque ayuda a la socialización, genera rutinas saludables y transmite valores (sacrificio, esfuerzo, superación de dificultades...) que actúan como factores de protección frente al consumo de estupefacientes.

En la última parte de su intervención, Calderón detalló los programas que ha puesto en marcha la FAD para trabajar en la promoción de la AF desde la etapa infantil. Es el caso del proyecto “Club del Buen Deportista”, implantado en varias comunidades autónomas

-en la Comunidad de Madrid en 200 centros y con 20.000 socios-, y el programa “Más que fútbol”, organizado en colaboración con la Comunidad de Madrid y la Fundación del Atlético de Madrid para difundir la visibilidad de actitudes de buen comportamiento en el deporte.

Calderón reclamó el apoyo de padres y educadores y un compromiso de la Administración con los colegios para ofrecerles recursos que les permitan desarrollar proyectos deportivos. Y finalizó su discurso con el deseo de que el Encuentro sirviera para modificar tendencias e incrementar la presencia de AF en edad temprana como herramienta de valor para construir sociedades mejores. “Debemos formar equipo para apoyar un planteamiento de vida más saludable en una sociedad que necesita la salud para sobrevivir”.

Tras la intervención de Calderón, tomó la palabra el arquitecto Alejandro Bueso-Inchausti que ofreció en su discurso un análisis del compromiso del urbanismo con la salud en el ámbito de las grandes ciudades. En primer lugar, trazó un recorrido histórico sobre la preocupación por los aspectos relacionados con la salud desde la perspectiva urbanística para concluir que la calidad de vida de los individuos depende de la calidad de vida de su entorno urbano.

Entre los problemas más relevantes que enfrentan los habitantes de las grandes ciudades, y que repercuten negativamente en su salud, Bueso-Inchausti mencionó el crecimiento desordenado de la demografía [la población urbana en el mundo supera a la población rural] y el desarrollo de la industria automovilística [el parque mundial de automóviles alcanza los 900 millones y en 2030 se prevé que supere los 1.200 millones]. En opinión del ponente, la contaminación atmosférica, pero también visual, acústica, hídrica o lumínica son determinantes en los índices de insalubridad urbana.

El estrés y la vida sedentaria repercuten igualmente de forma negativa en la salud ciudadana y, en opinión del arquitecto, son problemas derivados de la transformación del mundo laboral. “Actualmente, la mayoría de los trabajos no requieren movilidad alguna de los individuos”.

Para Bueso-Inchausti es el momento de corregir los errores de nuestras ciudades y su apuesta pasa por intervenciones puntuales concentradas en la calidad más que en la cantidad. Hay que mejorar las dotaciones deportivas, crear áreas verdes y peatonalizar espacios para dar soporte al recreo urbano y a la AF y, para ello, el arquitecto explicó la necesidad de que los Ayuntamientos favorezcan la convivencia de usos en las ciudades.

El ponente finalizó su discurso con un repaso a las grandes asignaturas pendientes; como el deporte en la universidad y la empresa; ámbitos donde se hace necesaria una intervención decidida para integrar la práctica deportiva en la formación y el desarrollo profesional de los individuos.

José Antonio Marina, filósofo y ensayista, fue el último de los participantes de la mesa redonda que tomó la palabra y lo hizo, en primer término, para dedicar un recuerdo a José María Cagigal y dirigir su discurso, de forma especial, a los jóvenes del auditorio que en el futuro asumirán la responsabilidad de convertirse en docentes de EF.

Marina contempla el estudio del deporte a través del estudio de la inteligencia. Y apuntó: “La mayor facultad de la inteligencia es la capacidad de entrenarse. Los animales no entrenan, se ejercitan”. A partir de la realidad de que la falta de AF es un problema de salud que repercute más allá del ámbito sanitario, el filósofo centró su intervención en la búsqueda de herramientas para lograr aumentar los índices de práctica de AF en niños y jóvenes, a partir de la intervención directa de tres segmentos: los padres, los docentes y la sociedad. “Para educar a un niño hace falta la tribu entera”, como dicta el proverbio africano.

En el primer ámbito, el de las familias, Marina explicó el proyecto de “Universidad online para padres” en el que está implicado en la actualidad y con el que se pretende ayudar a los padres en todo el proceso educativo desde el último trimestre de embarazo hasta los 16 años. El ponente manifestó su preocupación por los principales problemas que encuentran los alumnos más pequeños. En esta etapa su desarrollo está íntimamente ligado al juego y, sin embargo, las ciudades actuales no disponen de espacios para el juego infantil. Además, algunos estudios revelan que entre el 10 y el 12% de la población infantil tiene problemas de hiperactividad y déficit de atención y, a juicio de Marina, las cifras se explican por el incremento de horas frente al televisor y la inactividad física.

El filósofo entiende necesario explicar a los padres que deben fomentar la AF en sus hijos porque beneficia su salud pero también porque contribuye a formar el carácter y la personalidad, la interactividad y la socialización, el contacto con las normas y la facultad de soportar esfuerzo físico como recurso para enfrentar dificultades en el futuro. Del mismo modo, Marina explicó que debe recuperarse el concepto de voluntad, frente al dominante de motivación, y que la AF es una vía importante para conseguirlo. “El entrenamiento físico tiene una importancia educativa extraordinaria porque crea sistemas de control y de libertad en la persona y la capacita para inhibirse del impulso, soportar el esfuerzo y aplazar la recompensa”.

En cuanto a la tarea de los docentes, el ponente envió un mensaje a los educadores de Secundaria; población especialmente afectada por el ocio tecnológico y el sedentarismo, y les recomendó utilizar “la pedagogía de las metas”. Recordó además que en su trabajo se enfrentan a dos problemas principales: la importancia de la propia imagen en la adolescencia, que requiere de ellos un adiestramiento pedagógico especial, y la fascinación de los alumnos por el deporte competitivo. “Hay que desintoxicar a los alumnos del deporte de elite; el culto al récord es impulsor del dopaje y demoleedor desde el enfoque educativo”.

Por último, Marina abordó la responsabilidad del tercer vector implicado en el impulso de la AF en niños y jóvenes: la sociedad. Pidió compromiso institucional para incrementar los parques de juego y las zonas para practicar AF; solicitó respeto y protección a los deportistas que utilizan espacios urbanos y reclamó un mayor impulso de las profesiones relacionadas con el bienestar físico, la cultura y la educación; ámbitos que, a su juicio, constituyen una cantera colosal de mano de obra.

Marina trasladó al auditorio la necesidad de impulsar el protagonismo de las ciudades para dirigir procesos de concienciación social y puso como ejemplo un nuevo proyecto que puede incrementar el atractivo olímpico de Madrid y que se presentará al Ayuntamiento de la capital: convertir Madrid en “Ciudad Educativa a través del

Deporte". El filósofo finalizó su discurso haciendo un llamamiento a la acción más allá de la reflexión teórica que se deriva de estas Jornadas.

BRENT A. ALVAR (Profesor de la Universidad Estatal de Arizona)

Debemos insistir en la divulgación de los beneficios del entrenamiento de resistencia para la salud”.

El doctor Brent A. Alvar, profesor de la Universidad Estatal de Arizona, recomienda el “entrenamiento de fuerza” como herramienta eficaz para reducir el impacto del sedentarismo en la sociedad y propone un marco general para prescribir esta modalidad de actividad física en diferentes grupos de población.

Los comportamientos sedentarios de la sociedad actual y el incremento de enfermedades asociadas a la inactividad, como hipertensión, hipercolesterolemia, patologías cardiovasculares, cáncer, diabetes y síndrome metabólico, constituyen una de las cuestiones más preocupantes de nuestros días. El Dr. Alvar, que inauguró la sesión vespertina de conferencias en la segunda jornada del Encuentro Anual de Comités del Foro GanaSalud, comenzó su intervención constatando esta realidad y lamentando que, pese a la insistencia de los investigadores en formular recomendaciones para combatir estos problemas, la tendencia negativa se mantiene en índices de crecimiento alarmantes.

En su opinión, se hace necesario buscar fórmulas alternativas de actividad física para luchar contra esta epidemia y propuso el entrenamiento de resistencia como herramienta eficaz para aumentar los comportamientos saludables. Su propuesta repasa las directrices que marcan la Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM) sobre los modelos de progresión en el entrenamiento de resistencia para adultos saludables. Con objeto de dar respuesta a la cuestión de “¿cuánta actividad física es necesaria?”, Alvar explicó la evolución de estas directrices desde las primeras, que orientaban sobre modelos de aptitud y actividad física, a las más recientes, que ya incluyen recomendaciones concretas sobre cómo mejorar la potenciación muscular. También mencionó las recomendaciones de la Declaración de Madrid por el fomento de la AF y explicó que las dosis prescritas pueden realizarse combinando ejercicios aeróbicos con ejercicios de desarrollo muscular.

De la propia experiencia investigadora de su equipo, Alvar relató los resultados obtenidos en un análisis de casi 200 estudios diferentes, que abordaban el impacto de “frecuencia”, “intensidad” y “volumen” de entrenamiento de resistencia sobre la fuerza muscular, y que demostraron una tendencia clara hacia la necesidad de progresión y sobrecarga. “Se manifestó una continua necesidad de progresión gradual para producir aumentos continuados en fuerza, al tiempo que los programas de entrenamiento de fuerza de baja intensidad se mostraban cada vez menos eficaces”.

En términos de “progresión”, la investigación sobre el entrenamiento de resistencia demostró que para lograr aumentos de fuerza continuos es necesario alterar el programa de ejercicio. El equipo utilizó un modelo de investigación de meta-análisis para determinar la efectividad de diferentes programas de resistencia (dosis) para alterar la

fuerza muscular (respuesta). Los resultados validaron que, con el tiempo y sin progresión, los programas de entrenamiento se vuelven menos efectivos a la hora de alterar la fuerza muscular. El ponente explicó con detalle esta conclusión a partir de las variables de volumen, intensidad y frecuencia:

Una serie de repeticiones resulta efectiva para principiantes pero, cuando se empieza un programa de resistencia, las series múltiples demuestran más del doble de efectividad que una única serie. Una población más entrenada requiere casi cuatro repeticiones para lograr los mismos resultados que perciben los principiantes con una repetición, y los deportistas de elite necesitan casi ocho repeticiones para conseguir respuestas equiparables. En consecuencia, Alvar reflexionó que esta necesidad de aumentos continuados en el volumen de entrenamiento de resistencia, como forma de optimizar las mejoras de fuerza, demuestra la necesidad de progresión en el tiempo si se quieren alcanzar mejoras continuadas en el entrenamiento de resistencia.

Además, es necesario aumentar la intensidad en el entrenamiento de fuerza a lo largo del tiempo para obtener aumentos de fuerza muscular. Los principiantes deberían empezar con una carga equivalente a la intensidad promedio del 60% de su RM (resistencia máxima) y, a lo largo del tiempo, esta intensidad debería progresar para optimizar las adaptaciones de fuerza muscular. Por último, los incrementos en volumen e intensidad (progresión) también hacen necesario alterar la frecuencia de entrenamiento de resistencia. Los resultados del meta-análisis demuestran una disminución neta en los días por semana que se debe entrenar cada grupo muscular a lo largo del tiempo. Los principiantes pueden trabajar cada grupo muscular un promedio de tres días por semana, pero a lo largo del tiempo esta frecuencia debería disminuir a dos días por semana por grupo muscular. Esto no significa que el tiempo y el esfuerzo global de entrenamiento disminuyan, sino simplemente que cada grupo muscular requerirá solamente dos en vez de tres días de entrenamiento.

El doctor Alvar avanzó su exposición para analizar algunos trabajos de investigación que corroboran sus posicionamientos. En primer término explicó la importancia de la fuerza desde el punto de vista epidemiológico, a partir de los estudios del Cooper Clinic de Dallas (Texas, EE.UU) que demostraron el efecto de protección de la fuerza muscular contra el síndrome metabólico y algunas patologías cardiovasculares.

Alvar también explicó la aplicación práctica de sus investigaciones en un estudio sobre población prediabética. El estudio examinó la eficacia de programas de entrenamiento de fuerza de intensidad reducida frente a los de intensidad alta mediante series únicas o múltiples y los resultados demostraron que se logran beneficios adicionales con programas de entrenamiento de mayor intensidad y volumen en términos de sensibilidad a la insulina y absorción de glucosa. El ponente manifestó que, una vez más, se demuestra la necesidad de la progresión en programas de entrenamiento de fuerza pero advirtió que, además, se incluyen ramificaciones a tener en cuenta por los expertos en actividad física a la hora de diseñar prescripciones de ejercicio para una población clínica.

Las variables de entrenamiento (volumen, frecuencia e intensidad) se pueden aplicar también al concepto de “periodización”: una alteración física (en función del tiempo) que se puede realizar en diferentes situaciones, aunque las más comunes son las periodizaciones lineales (tradicionales) y no lineales (ondulantes). La periodización

lineal implica empezar un periodo de entrenamiento con alto volumen y baja intensidad y progresar a un entrenamiento de alta intensidad y bajo volumen. El ciclo normalmente termina en una competición. La periodización ondulante de forma alternada consiste en una fluctuación diaria de estas funciones de ejercicio para que el entrenamiento de intensidad y volumen alto, medio y bajo se utilicen cada semana (microciclo) en vez de una alteración mensual (mesociclo). Alvar expuso cómo sus investigaciones habían demostrado que la periodización ondulante resulta igual de efectiva, si no más, en la alteración de la fuerza y desempeño ocupacional, que la periodización lineal tradicional. Esta investigación abordaba los conceptos de variación y periodización, y también de especificación. “Diseñamos los programas de entrenamiento haciendo hincapié en la realización de tareas laborales concretas”. En este caso, por ejemplo, participaron bomberos y se utilizaron programas diseñados para optimizar su desempeño en tareas ocupacionales específicas. La variación diaria en vez de mensual de los programas resultó más efectiva en alterar la fuerza, la resistencia y la potencia muscular. “La periodización ondulante tuvo un efecto superior en la preparación de los bomberos para sus pruebas ocupacionales”.

Por último, Alvar expuso los resultados de un estudio sobre la incidencia del entrenamiento de fuerza en grupos de población con edad avanzada para concluir que se trata de una herramienta eficaz a cualquier edad, con beneficios palpables como el retraso en los índices de atrofia muscular y la reducción de patologías asociadas al síndrome metabólico.

En el último tramo de su exposición, el doctor Alvar retomó su posición de defensa del entrenamiento de fuerza y planteó la necesidad de encontrar la fórmula para lograr que las personas se vuelvan más fuertes. Ofreció una respuesta a través del modelo de progresión, propuesto por el ACSM, que prescribe diferentes pautas para distintos grupos de población. Así, los principiantes, sin entrenamiento previo, deben empezar con una serie de ocho a diez repeticiones para los principales grupos musculares durante las primeras semanas, para luego ir aumentando a un volumen de entrenamiento medio de cuatro series por grupo muscular. La intensidad de entrenamiento debe ser del 60% de una RM (repetición máxima) con una frecuencia de entrenamiento de tres días a la semana. Los aficionados que llevan varios años entrenando deben trabajar cuatro series por grupo muscular pero con una intensidad del 80% de una RM y una frecuencia de dos días a la semana. Y por último, los deportistas o atletas de alta competición deben entrenar ocho series por grupo muscular al 85% de una RM con una frecuencia de dos días por semana.

El capítulo de las reflexiones colocó el punto final a la conferencia. Alvar afirmó que en Estados Unidos sólo entre el 10 y el 20% de la población participa actualmente de forma regular en algún tipo de entrenamiento de fuerza y que, esta cifra, aún es menor en España, lo que demuestra, a su juicio, que existe mucho potencial a la hora de conseguir que las personas utilicen esta modalidad como forma de actividad física. Es necesario mejorar el trabajo en la educación y divulgación de los beneficios del entrenamiento de resistencia. En palabras del ponente, “...el entrenamiento de fuerza no es el único tipo de programa de actividad física, pero sí supone otra opción para atraer a una diversidad de núcleos de población y utilizar modos alternativos de ejercicio”. Y concluye “...es mi deseo que mediante la recomendación de entrenamiento de fuerza podamos aumentar el porcentaje global de la población que participa en actividad física

y que, por lo tanto, se pueda ver reducido el impacto del sedentarismo en nuestra sociedad”.

STEFANO BALDUCCI (Especialista en endocrinología y Profesor de la Universidad de la Sapienza de Roma)

El ejercicio físico, un fármaco preventivo y terapéutico en los enfermos metabólicos

El doctor Stefano Balducci, especialista en endocrinología y profesor de la Universidad de la Sapienza de Roma, ha cerrado las conferencias de la segunda jornada del I Encuentro Anual de los Comités del Foro Gana Salud con un detallado relato de cómo se realizó el exhaustivo Estudio Italiano de Ejercicio y Diabetes, conocido como IDES, y acercando unas conclusiones que permitan obtener intervenciones eficaces sobre los enfermos metabólicos.

Balducci, que inició su ponencia exponiendo la situación actual de la diabetes tipo 2 en el mundo, y el impacto que produce, no tanto por las crecientes cifras como por las complicaciones micro o macrovasculares que conlleva, pasó inmediatamente a dar cuenta de lo que ha supuesto para la comunidad médica el Italian Diabetes and Exercise Study (IDES), un estudio reciente que supone la mayor investigación clínica realizada en todo el mundo con pacientes diabéticos tipo 2, con síndrome metabólico, sometidos a un año de ejercicio físico sistemático en diferentes intensidades. De este estudio, los investigadores, con el doctor Balducci al frente, han aprendido muchas claves determinantes para estructurar una intervención efectiva en estos pacientes.

Balducci parte de la premisa que marca el Cirujano General de Estados Unidos y el ACSM, por la que recomienda la acumulación de 150 minutos por semana de ejercicio moderado-intenso o, en sujetos moderadamente en forma, 90 minutos por semana de actividad enérgica. E igualmente tiene en cuenta que la Asociación Americana de Diabetes (ADA) amplía estas prescripciones también a personas con intolerancia a la glucosa, para así prevenir el desarrollo de la diabetes tipo 2, y a pacientes diabéticos para mejorar el control glicémico, ayudarles a controlar el peso y reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Sin embargo, apunta Balducci que existe un profundo debate sobre si se debería recomendar el mismo volumen de actividad física a sujetos normales y a los que sufren de patologías metabólicas, cuyos niveles de riesgo cardiovascular son mucho mayores a los de la población general.

De ahí que el ADA recomiende el entrenamiento de resistencia en combinación con el ejercicio aeróbico, o en lugar del mismo, cuando éste último se ve limitado o contraindicado, y también se recomienda para sujetos con síndrome metabólico.

El IDES tomó este punto de partida y se diseñó para contrastar un programa de entrenamiento combinado (aeróbico y de resistencia) prescrito y supervisado, además de un asesoramiento de ejercicio estructurado como parte de una gestión convencional de patología, con una atención sanitaria estándar (incluyendo un asesoramiento de ejercicio estructurado) en una cohorte grande de pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico.

En concreto, este estudio pretendía verificar si este programa de intervención en el estilo de vida resulta más efectivo que la atención estándar en mejorar la HbA1c, como

resultado primario, y otros factores de riesgo cardiovascular modificables, a través de fomentar un volumen más elevado de actividad física, por medio de la combinación de sesiones de ejercicio supervisado y asesoramiento estructurado de ejercicios y/o la prescripción de un tipo combinado de ejercicio por medio de la combinación del entrenamiento aeróbico y de resistencia.

Esta prueba italiana, controlada, aleatorizada y realizada en múltiples centros se llevó a cabo en 22 clínicas de diabetes para pacientes externos relacionados con 20 centros de aptitud metabólica en toda Italia. Esta red se creó específicamente para este estudio y tanto los médicos como los especialistas en ejercicio recibieron una formación previa para ofrecer atención estándar (incluyendo asesoramiento de ejercicio) a sujetos diabéticos y supervisar las sesiones de ejercicio, respectivamente.

Los criterios principales para participación en el estudio fueron tener diabetes tipo 2 y una circunferencia de cintura >94 cm (hombres) >80 cm (mujeres) además de >1 de otros rasgos de síndrome metabólico, definidos de acuerdo a los criterios de la Federación Internacional de Diabetes [21]. Otros requisitos fueron tener entre 40 y 75 años de edad, tener diabetes por menos de 1 año, tener un IMC entre 27-40 kg/m², un estilo de vida sedentario durante como mínimo seis meses, poder caminar sin necesidad de asistencia y elegibilidad tras una evaluación cardiovascular. A los pacientes que presentaban cualquier condición que limitaba o contraindicaba el ejercicio se les excluyó del estudio.

El reclutamiento para el estudio comenzó el 1 de octubre de 2005 y concluyó el 31 de marzo de 2006. De los 691 pacientes elegibles originales, se excluyeron 85 por diversos motivos y 606 fueron reclutados y aleatorizados en un programa de ejercicio combinado, prescrito y supervisado además de la atención estándar (el grupo de ejercicio, EJC, n = 303), o un programa de sólo atención estándar (el grupo control, CON, n = 303), por un periodo 12 meses.

Los pacientes fueron aleatorizados centralmente por centro y, dentro de cada centro, por edad (<60 frente a ≥ 60 años) y tipo de tratamiento de diabetes (dieta \pm agentes orales o insulina), usando un programa informático de bloques permutados aleatorios. Los médicos no trabajaban sin saber la asignación de los grupos, mientras que las muestras fueron analizadas a ciegas en el laboratorio central por medio de códigos de barra.

El programa de ejercicio para el grupo EJC consistía de 150 minutos/semana en 2 sesiones de entrenamiento aeróbico (al 55-70% del VO₂max pronosticado), utilizando la cinta de ejercicio o bicicleta, y entrenamiento de resistencia (al 60-80% del 1 RM pronosticado) que consistía de 4 ejercicios de resistencia (es decir, movimiento de impulso en el plano transversal, movimiento de tracción en el plano frontal, movimiento de sentadilla, flexión de tronco para abdominales) y tres posiciones de estiramiento [20].

La atención estándar incluía una intervención de asesoramiento estructurado e individualizado y un régimen de tratamiento centrado en conseguir objetivos óptimos de glicemia, lípidos y tensión arterial, como se dispone en las directrices actuales e incluyendo los agentes de reducción de glucosa, lípidos y tensión arterial según fuera necesario y, en casos oportunos, medicamento antiplaquetario, además de una prescripción dietética.

Al inicio y al final del estudio, se les pidió a los sujetos que cumplimentasen dos encuestas: una para la evaluación de su bienestar y otra, la encuesta de actividad en tiempo de ocio de Minnesota (Minnesota Leisure-time Physical Activity, LTPA), un método validado, fiable y reproducible que permite un cálculo preciso del gasto energético midiendo la frecuencia y duración de la participación en una amplia gama de actividades divididas en las siguientes categorías:

a- Actividad física de condicionamiento

Caminar, fútbol, esquiar, ciclismo, natación, gimnasia, baile o levantar pesas.

b- Actividad física de no condicionamiento

Bricolaje o construcción, jardinería, subir escaleras, bailar, cuidar del jardín, limpiar la casa, caminar o ir en bicicleta al trabajo.

El gasto energético durante sesiones supervisadas se calculó automáticamente por las máquinas de ejercicio. Los pacientes también fueron evaluados por factores de riesgo cardiovascular, por medio de pruebas de laboratorio realizadas centralmente, y aptitud cardiorrespiratoria, fuerza y flexibilidad por medio de la estimación del VO₂max, una prueba de 5-8 RM y una prueba estándar de flexión anterior, respectivamente. Asimismo, los pacientes fueron evaluados a los 3, 6 y 9 meses en su actividad física en tiempo de ocio (LTPA) y factores de riesgo cardiovascular, con pruebas de laboratorio realizadas a nivel local. En base a estos datos, se reforzó el asesoramiento de ejercicio y finalmente se modificó el régimen de tratamiento. Por medio de la cumplimentación de un formulario de incidencias, se reportaron incidencias adversas en estas visitas intermedias y también, para los sujetos EJC, en las sesiones de ejercicio supervisado.

El resultado principal fue la evaluación de la eficacia del programa del entrenamiento, en contraste con la atención estándar, en términos de disminución de la HbA_{1c}. Los resultados secundarios incluyeron otros factores de riesgo tradicionales y no tradicionales y su relación al volumen/intensidad de ejercicio y aptitud física; dosis de medicamentos reductores de glucosa, lípidos y tensión arterial; riesgo en 10 años de enfermedad coronaria global; bienestar del paciente y costes.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tuvo en cuenta una reducción de la HbA_{1c} de por lo menos el 0,5 % en EJC frente al grupo CON y un poder estadístico del 90% ($\alpha=0,05$). Para este fin, se requirió la participación de 215 pacientes por brazo (un total de 430 pacientes). Un tamaño de muestra de 606 pacientes permitió la posibilidad de una tasa de abandono del 25% y también aseguró un poder estadístico superior al 90% para detectar ligeras diferencias en los criterios de valoración secundarios. Se utilizó la prueba χ^2 para variables categóricas y el test de Student o el test no paramétrico correspondiente Mann-Whitney para variables continuas para comparar las características de los pacientes al inicio.

El análisis de intención de tratamiento (intent-to-treat) se aplicó a los criterios de valoración primarios y secundarios para los que había disponible por lo menos un valor post-inicio.

Se evaluó la eficacia de un programa de ejercicio combinado, prescrito y supervisado, en comparación con una atención estándar, sobre los criterios de valoración primarios y

secundarios por medio de un análisis de medidas repetidas de la covariación (ANCOVA – utilizando el PROC MIXED en el programa SAS) del cambio entre el inicio y el final del estudio.

Se contrastaron los valores al inicio frente a los del final del estudio en cada grupo con el test de Wilcoxon de rangos signados para variables continuas y el test McNemar para variables categóricas.

Con el fin de identificar las variables que independientemente pronostican cambios en la HbA1c a partir del inicio, se aplicó un análisis de regresión múltiple con ciertas covariables encajadas dentro del modelo, como el valor promedio de MET, valores HbA1c al inicio, centros de participación, sexo, edad y cambios en HOMA-IR, IMC, cintura, total, colesterol HDL y LDL, proteína C reactiva de alta sensibilidad (hs-CRP).

La probabilidad de conseguir cada una de las metas enumeradas como criterios de valoración secundarios se estimó utilizando regresión logística, ajustada en función del estado al inicio (objetivo cumplido frente a objetivo no cumplido).

Se utilizó un análisis de regresión logística ajustada en función al valor al inicio de cada objetivo y el volumen de ejercicio para evaluar el efecto independiente de cada tipo de ejercicio sobre la probabilidad de alcanzar cada objetivo predeterminado.

Para evaluar el efecto independiente de los tipos de ejercicio sobre los índices de riesgo UKPDS, se utilizó un análisis de regresión lineal en el que el índice de riesgo UKPDS figuraba como variable dependiente, y las características de los pacientes al inicio, brazo de estudio y total de MET por año como covariables.

Las dos cohortes guardaban similitudes en sexo, edad, nivel educativo, empleo, estado civil, tabaquismo, antecedentes familiares de diabetes, duración de diabetes y antecedentes de complicaciones diabéticas. La aptitud física, los parámetros antropométricos y bioquímicos, la medicación y el porcentaje de sujetos en peligro de los típicos factores de riesgo cardiovascular no mostraron diferencias significativas entre los dos grupos al inicio.

En el transcurso del período de estudio de 12 meses, 28 sujetos CON y 15 sujetos EJC abandonaron el estudio por diferentes razones. La asistencia mediana al entrenamiento de ejercicio fue 80,3% (rango intercuartil, 75% al 99%) para sesiones aeróbicas y/o de resistencia, 75% (rango intercuartil, 65% a 97%) para entrenamiento aeróbico y 71,6% (rango intercuartil, 58% a 94%) para entrenamiento de resistencia.

El asesoramiento de ejercicio en ambos grupos fomentó un aumento significativamente elevado de actividad física en tiempo de ocio (LTPA) de condicionamiento, mayormente debido al ejercicio aeróbico.

En el grupo EJC, el aumento en gasto energético fue significativamente superior al otro grupo al considerar tanto los niveles de actividad física en tiempo de ocio totales como los de condicionamiento. En cambio, no existen diferencias entre ambos grupos para la actividad en tiempo de ocio de no condicionamiento.

Esto se vio asociado con cambios significativamente más pronunciados en comparación al inicio en el grupo EJC frente al grupo CON en aptitud cardiorrespiratoria (+17% frente a +6%), fuerza física del hemicuerpo superior y el hemicuerpo inferior (que mejoró sólo en sujetos del grupo EJC) y distancia dedo-suelo en el test de flexión anterior para medir la flexibilidad (-46% frente a -11%).

La reducción en el criterio de valoración de la HbA1c fue significativamente más pronunciada en los sujetos EJC que en los sujetos CON como resultado de una reducción del 6% en el grupo EJC frente a una reducción no significativa del 2% en el grupo CON a partir de los valores al inicio.

Los cambios en el grupo EJC fueron significativamente más pronunciados que en el grupo CON para los criterios de valoración secundarios de HOMA-IR (-10%), nivel sérico de insulina (-10%), cintura (-3%), IMC (-2%), tensión arterial sistólica (-3%) y diastólica (-2%), colesterol HDL (+8%) y LDL (-8%), hs-CRP (-34%), y tasa de riesgo CHD de 10 años total (-16%) y mortal (-19%).

Los participantes del grupo CON mostraron una reducción significativa en (-11%), glucosa en sangre en ayunas (-7%), cintura (-1%), tensión arterial sistólica (3%) y diastólica (-2%), nivel de colesterol a los 12 meses total (-1%) y LDL (-11%), en comparación al inicio.

En el grupo EJC, se detectaron reducciones significativas en contraste al inicio para nivel de glucosa en sangre en ayunas (-7%), nivel sérico de insulina (-9%), HOMA-IR (+16%), cintura (-4%), IMC (-3%), tensión arterial sistólica (-6%) y diastólica (-5%), colesterol total (-9%) y LDL (-18%), hs-CRP (-29%), y tasa de riesgo CHD de 10 años total (-19%) y mortal (-20%), mientras que el nivel de colesterol HDL se vio significativamente aumentado (+8%).

Un análisis de regresión múltiple indicó que los cambios en circunferencia de cintura en contraste al inicio ($\beta=0,04$; $P<0,0001$) y HOMA-IR ($\beta=0,053$; $P<0,0001$) actuaron como predictores independientes de reducción en la HbA1c.

Otros predictores independientes de cambios en la HbA1c fueron los valores de HbA1c al inicio ($b=-0,47$; $P<0,0001$), hombres ($b=-0,17$; $P=0,03$), y edad ($b=-0,015$; $P=0,001$).

Al final del estudio, el porcentaje de sujetos que cumplieron objetivos aumentó significativamente para el nivel de colesterol total y LDL y la tensión arterial sistólica en el grupo CON y para todos los factores de riesgo cardiovascular tradicionales, a excepción de los triglicéridos, en el grupo de EJC.

El índice de probabilidad para el estado al inicio en el grupo EJC frente al grupo CON fue 2,0 para la HbA1c y colesterol HDL, 1,6 para tensión arterial sistólica y 1,5 para colesterol LDL (Tabla 3). Además, el número de objetivos cumplidos por los sujetos EJC fue más elevado que para los sujetos CON.

Durante el transcurso del estudio, el porcentaje de sujetos que necesitó agentes antihipertensivos (en concreto antagonistas del receptor de angiotensina II y diuréticos), disminuidores de lípidos (estatinas) y agentes antiplaquetarios aumentó significativamente más en el grupo CON que en el grupo EJC.

Después de ajustarla a los valores al inicio, la probabilidad de alcanzar los objetivos específicos de acuerdo con los quintiles de volumen de ejercicio en MET .h-1 . sm-1 mostró una tendencia variable para los diferentes factores de riesgo cardiovasculares, con un efecto de dependencia a la dosis para la mayoría, en concreto la circunferencia de cintura y la HbA1c, en comparación con los otros parámetros.

Al tomar en cuenta la puntuación CHD, se observó un incremento respecto al quintil más bajo a partir del segundo quintil (11,9-19MET . h-1 . sm-1, es decir, un nivel de actividad alcanzado en promedio por el grupo CON), aunque resultó particularmente significativo a partir del tercer quintil (19,0-26,1 MET . h-1 . sm-1, es decir, un nivel de actividad alcanzado en promedio por el grupo EJC).

Al ajustar los valores y el volumen de actividad física al inicio, los pacientes asignados al brazo EJC aún así tenían un 80% más de probabilidad de alcanzar el objetivo HbA1c, un 60% más de probabilidad de alcanzar el objetivo de colesterol HDL, un 50% más de probabilidad de alcanzar el objetivo de tensión arterial sistólica, un 90% más de probabilidad de obtener una disminución en IMC de por lo menos una unidad, y un 2,6% más de probabilidad de reducir por lo menos 5 cm en la circunferencia de cintura, en comparación con el grupo CON.

Al realizar un análisis de regresión lineal, después de ajustar por el total de MET/año, los pacientes en el grupo EJC mostraron una reducción estadísticamente significativa en la puntuación CHD total (-2,36; SE=0,62; $p<0,0001$) y la tasa de CHD mortal (-1,82; SE=0,49; $p<0,0001$) en comparación con el grupo CON. Hubieron 43 incidentes adversos en los participantes CON y 59 en sujetos EJC.

Aunque los incidentes relacionados con la actividad física (que provocaron una limitación temporal en la misma) fueron más frecuentes en el grupo EJC que en el grupo CON, el número de eventos no relacionados con el ejercicio no fue diferente entre los dos grupos.

Aunque se reportó una hipoglucemia leve durante la actividad física en 12 participantes CON y 16 EJC, no hubo ningún episodio de hipoglucemia lo suficientemente grave como para requerir asistencia.

Los resultados de este estudio, que es de mayor tamaño y mayor duración que las pruebas de intervención de ejercicio previamente publicadas, indican que un programa de entrenamiento combinado (aeróbico y de resistencia) prescrito y supervisado resulta más efectivo que sólo la atención estándar, incluyendo el asesoramiento de ejercicio estructurado, a la hora de fomentar la actividad física y mejorar la aptitud cardiorrespiratoria, la HbA1c y otros factores de riesgo cardiovascular modificables en sujetos con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico.

Aunque el asesoramiento de ejercicio resultó en una mejora pronunciada en la actividad física en tiempo de ocio de condicionamiento, no fue suficiente como para producir una mejora significativa de la HbA1c en estos sujetos, aunque sí mejoró el nivel de glucosa en sangre en ayunas, la circunferencia de cintura, la tensión arterial, el colesterol total y LDL y el perfil global de riesgo cardiovascular tal y como lo expresan las puntuaciones de CHD.

No obstante, el aumento en LTPA en el grupo CON fue más reducido que lo que se había reportado anteriormente en un solo centro cuando el mismo protocolo de asesoramiento se evaluó como una intervención de estilo de vida.

Por otro lado, el gasto energético en el grupo EJC aumentó significativamente más que en los participantes CON, y esto se asoció con una mejora drástica del criterio de valoración principal de la HbA1c, como también de los otros factores de riesgo cardiovascular modificable, a excepción de los triglicéridos y las puntuaciones calculadas de CHD.

Resulta interesante que no sólo el total de gasto energético pero también el total de LTPA de condicionamiento fue más elevado en el grupo EJC que en el grupo CON, lo que indica que esta actividad adicional contribuyó significativamente al efecto beneficioso de esta intervención y sugiere que los programas de ejercicio prescritos y supervisados pueden ser efectivos también en fomentar LTPA de condicionamiento.

En contraste, no existen diferencias entre ambos grupos para la actividad en tiempo de ocio de no condicionamiento. La reducción en HbA1c por causa del ejercicio fue pronosticada independientemente por variaciones en circunferencia de cintura, un índice de adiposidad visceral, y el HOMA-IR, que se ha visto relacionado con la distribución central de grasa en sujetos con síndrome metabólico, mientras que la variación en otros factores de riesgo cardiovascular, incluyendo el IMC, no afectaron la mejora del control glicémico.

La diferencia en volumen de actividad física entre los dos grupos parece explicar diferencias de resultado en términos del perfil de riesgo cardiovascular, tal y como lo indica el análisis por quintiles de MET · h-1 · sm-1 para cada factor de riesgo y las puntuaciones calculadas de CHD.

Este hallazgo sugiere que la cantidad de actividad física recomendada por las directrices actuales (es decir, 150 minutos/semana, correspondientes a 8,75 MET · h-1 · sm-1) puede no ser suficiente para reducir la carga cardiovascular en sujetos con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico, al menos en un periodo de un año.

Este nivel de gasto energético se obtuvo originalmente de estudios en sujetos saludables y se generalizó a una población de diabéticos, en base a la cantidad de ejercicio realizado en los estudios que formaron parte de un metaanálisis de efectos de intervenciones de ejercicio sobre el control, que sin embargo no consideró el volumen de LTPA llevado a cabo fuera de sesiones de ejercicio y el Programa de Prevención de Diabetes, en el que la intervención en estilo de vida consistía de una combinación de ejercicio y dieta.

Los resultados de nuestro estudio sugieren que el volumen total de LTPA que resulta efectivo en reducir los factores de riesgo modificables en el transcurso de un año es más elevado que lo que actualmente se recomienda, aunque puede bastar un nivel más bajo de gasto energético para reducir la carga cardiovascular en estos sujetos a largo plazo.

Además del volumen, el tipo de ejercicio también resultó importante a la hora de obtener una mejora significativa en factores de riesgo cardiovasculares modificables. El

análisis ajustado por volumen de ejercicio indica de forma clara que el entrenamiento combinado (aeróbico y de resistencia) resulta más efectivo que sólo el ejercicio aeróbico en la reducción de todos los factores de riesgo evaluados y las puntuaciones CHD.

Aunque el gasto energético obtenido del ejercicio de resistencia sólo representó una parte reducida del volumen de actividad total del grupo EJC, el entrenamiento de fuerza podría haber proporcionado efectos adicionales en la absorción muscular de glucosa, la masa y distribución de grasa, metabolismo lípido, función endotelial, reactividad vascular y estado inflamatorio.

En conclusión, esta prueba de intervención en el estilo de vida mostró que un programa de entrenamiento combinado (aeróbico y de resistencia) resulta más efectivo que sólo la atención estándar, incluyendo el asesoramiento de ejercicio estructurado, a la hora de fomentar la actividad física y mejorar la aptitud cardiorrespiratoria, la HbA1c y otros factores de riesgo cardiovascular en sujetos con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico.

Este efecto, al parecer, dependía del mayor volumen y el tipo combinado (aeróbico y de resistencia) de actividad física. El estudio también demostró que el volumen sugerido de actividad física en las directrices actuales para los sujetos en cuestión es menos del que debería ser.

Balducci cerró su ponencia con la pregunta ¿Cómo realizar una intervención eficaz?, y expuso algunas de las respuestas que el doctor italiano ya tiene más claras. La principal es que es esencial disponer de un completo equipo médico, y que después de hacer unas valoraciones previas, puede configurar una prescripción de ejercicios adecuadas y a medida según el paciente.

En este sentido, Balducci apuntó que entre los médicos italianos existe mucho desconocimiento sobre el tipo de ejercicios que puede recomendar y que una combinación muy efectiva es la del médico con el especialista en ejercicio. “La comunidad médica cree que el ejercicio es una medicina prescrita perfectamente”.

ASCENSIÓN MARCOS (Profesora de Investigación en Nutrición y Metabolismo del CSIC) Y ÓSCAR VEIGA NUÑEZ (Profesor del departamento de EF)

Luchar contra el sedentarismo es esencial para ganar la batalla contra el sobrepeso y la obesidad en la población adolescente

Dos expertos en nutrición y educación física compartieron la primera ponencia de la tercera y última jornada del "Encuentro Anual del Foro GanaSalud", presentada bajo el título genérico "Mensajes básicos para la promoción de la nutrición y de la actividad física saludables en adolescentes".

Ascensión Marcos, profesora de Investigación en Nutrición y Metabolismo del CSIC, intervino en primer lugar y centró su discurso en la transmisión de recomendaciones para la promoción de la nutrición saludable en adolescentes y la oferta de tratamientos individuales e integrales para combatir la obesidad en la adolescencia; una patología a menudo asociada a una ingesta calórica elevada y un gasto energético deficiente.

La doctora manifestó que el cambio en los estereotipos de belleza y la exigencia de los nuevos valores estéticos pueden influir de manera directa en incrementar el riesgo de que los adolescentes sufran trastornos del comportamiento alimentario (TCA), ya sea por exceso (obesidad) o por defecto (anorexia, bulimia etc.). En su opinión, "hay que disfrutar de la comida pero con el objetivo de conquistar un estado saludable".

La obesidad se ha convertido en una pandemia mundial y la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la adolescencia está experimentando un gran aumento en los últimos tiempos. "Estamos ingiriendo demasiadas calorías y el nivel de práctica de AF es muy bajo o nulo en la mayoría de la población", apunta Marcos. Los datos que ofrece la ponente invitan a la reflexión: los adolescentes españoles se sitúan entre los primeros puestos de prevalencia de sobrepeso y obesidad en Europa y, en el mapa mundial, se equiparan a los estadounidenses con valores de incidencia superiores al 30%.

Con el objetivo de invertir la tendencia creciente de esta patología, nació el proyecto AVENA (Alimentación y Valoración del Estado Nutricional de los Adolescentes), un estudio nacional multicéntrico coordinado entre varias instituciones de cinco ciudades españolas en el que ha participado la ponente. Para la investigación, que arrancó en 1999 y continúa en marcha, se eligió una muestra de 2.800 adolescentes. Los datos del estudio, recogidos en 2002, revelan que la prevalencia de sobrepeso+obesidad ha aumentado al 26% en varones y a un 19% en mujeres. Por otro lado, el riesgo de sufrir TCA se coloca en el 14% entre los chicos y en el 22% entre las chicas. Entre los errores de comportamiento alimentario más frecuentes que han detectado los investigadores, Marcos señaló: la omisión del desayuno, la no inclusión de frutas y verduras, el escaso consumo de pescado, lácteos y legumbres, el alto consumo de carbohidratos simples y de cereales refinados, y la incorporación a la dieta de margarinas y mantequillas en lugar de aceites vegetales. A continuación, la doctora reveló los ingredientes que debe incluir un desayuno óptimo: un lácteo, cereales o pan con aceite, fruta o su zumo y dedicación de tiempo suficiente en un ambiente relajado, y advirtió de que el hábito de omitir el desayuno está asociado con el riesgo de padecer TCA.

El sobrepeso es la antesala de enfermedades futuras por eso es esencial trabajar en la prevención con niños y adolescentes. Ascensión Marcos argumentó que el sobrepeso y la obesidad están directamente relacionados con procesos infecciosos y procesos inflamatorios, que pueden devenir en patologías importantes, por ejemplo de índole cardiovascular. “Necesitamos un buen estado nutricional para contar con un sistema inmune eficaz”. Junto a los riesgos sanitarios, la doctora apuntó otros asociados con un aumento de los problemas emocionales, la falta de atención y concentración, y el bajo rendimiento escolar.

Tras los resultados del programa AVENA, Marcos reveló cómo los equipos de investigación pusieron en práctica una actuación directa: el estudio EVASYON; un programa educacional terapéutico que incluye aspectos psicológicos, dietéticos y de actividad física, dirigido específicamente a adolescentes con sobrepeso y obesidad en atención hospitalaria. La doctora manifestó que el protocolo de este proyecto tiene aplicación no sólo en hospitales sino también en Institutos de Enseñanza Secundaria (IES) para trabajar con población adolescente.

Para finalizar su intervención, Marcos recomendó la adopción de una dieta funcional, que debe ser equilibrada, moderada, variada, con inclusión de carbohidratos, grasas y proteínas, fibra soluble, minerales, vitaminas e ingredientes y agentes bioactivos.

Óscar Veiga Núñez, profesor del departamento de EF, Deporte y Motricidad Humana de la UAM y experto en promoción de la AF, tomó la palabra con el objetivo de ofrecer en su discurso mensajes para la promoción de AF en adolescentes. La transmisión de estos mensajes debe ser efectiva y, para ello, Veiga trató de dar respuesta a cinco interrogantes básicos: por qué, a quién, cuándo, dónde y qué información deben recibir los adolescentes sobre promoción de AF.

El “por qué”, se explica, a su juicio, por el impacto de la AF en la salud individual, tanto en adultos como en niños y adolescentes, pero además por el impacto económico y social que conlleva. Y ofreció este dato: la OMS afirma que de los seis factores de riesgo principales para la salud, cinco están relacionados con AF y alimentación (todos menos el tabaco). La adolescencia es un periodo crítico en el que disminuye drásticamente la AF y ya existen indicadores importantes de deterioro de la salud en niños y adolescentes como para que el problema reciba la atención adecuada.

En cuanto a la pregunta de “a quién” hay que dirigirse, Veiga respondió que, además de a los adolescentes (población diana), a todas aquellas personas que pueden transmitirles los mensajes de promoción de AF: familias, profesorado (especialmente de EF), pediatras y médicos de atención primaria, todos aquellos que intervienen en la toma de decisiones, desde un director de un centro hasta los responsables políticos e institucionales, y, finalmente, los medios de comunicación, por su capacidad de generar opinión y mediatizar conductas entre la población adolescente.

La cuestión de “cuándo” se resuelve, en palabras del ponente, con la respuesta “nueve meses antes de nacer”. Veiga apuntó que las investigaciones más recientes muestran índices de programación prenatal, luego las actitudes de la madre con respecto a la práctica de AF durante el embarazo programan niveles del perfil de salud del niño. Además, el conferenciante animó a presentar programas de actuación desde la infancia para poder prevenir comportamientos en la adolescencia.

Resolver la cuestión de “dónde” debe transmitirse la importancia de la AF en la adolescencia, tiene para el ponente una respuesta clara: en los centros escolares. Es, a su juicio, el único lugar donde se puede llegar de forma universal a todos. “Es un elemento clave de promoción de la salud y estamos perdiendo la oportunidad de educar en estados de vida activa a niños y adolescentes”. Veiga también destacó el papel crítico de las familias, sobre todo por su capacidad para limitar las conductas sedentarias de los niños y jóvenes, de los clubes deportivos y de los centros de salud, en tanto son susceptibles de incorporar servicios de AF.

Por último, el ponente respondió a la pregunta de “qué” debe transmitir un mensaje de promoción de AF dirigido a la adolescencia. Manifestó la importancia de que sean ideas sencillas y específicas; “... hablar de dieta mediterránea o de practicar actividad física son mensajes claros pero demasiado inespecíficos”, y enumeró los seis mensajes que, en su opinión, cumplen esta condición:

- La actividad física es una conducta básica de salud.
- Toda AF, aunque sea moderada, tiene efectos sobre la salud.
- Existe relación directa entre cantidad de AF y beneficios para la salud.
- Es recomendable que los adolescentes practiquen 60 minutos diarios de AF.
- La AF intensa puede inducir beneficios adicionales de salud.
- Debe limitarse el tiempo de ocio sedentario (vinculado al ocio electrónico) a un máximo de dos horas diarias.

STEVE BLAIR (Profesor de la Escuela Arnold de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Sur)

Steve Blair: "Cada paso en la promoción de actividad física, cuenta"

“Algo de actividad física es mejor que nada. Y más actividad que algo, también es mejor”. Con esa sencilla premisa concluyó el doctor Steve Blair su ponencia en la tercera y última jornada del I Encuentro Anual Foro Gana Salud, no sin antes hacer un exhaustivo repaso a lo que han sido 35 años de experiencias y estudios sobre el beneficio en la salud de la actividad física. Blair, igualmente, aseveró que “aún estamos aprendiendo”, situando como máximo ejemplo el Foro Gana Salud, y animó a que todos los gobiernos del mundo sean “valientes y creativos” en la promoción de la actividad física como alternativa a los tratamientos médicos y farmacológicos.

Steve Blair, profesor de la Escuela Arnold de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Sur y profesor en el departamento de Kinesiólogía de la Salud, y Recreación de la Universidad del Norte de Texas, aprovechó su enorme sabiduría y su vasta experiencia para divulgar en una hora todo lo que ha supuesto 35 años de trabajo personal en la investigación sobre los beneficios de la actividad física. Lo hizo en el salón de INEF de Madrid en la ponencia que bajo el título ‘¿Por qué la actividad física es un factor de salud? Entendiendo la importancia de ser físicamente activo y estableciendo los niveles mínimos necesarios: Recomendaciones oficiales ACSM-AHA de 2007 y directrices nacionales de EEUU del 2008’ formaba parte del programa de conferencias de la tercera jornada del I Encuentro Anual de Comités del Foro Gana Salud.

Situó al asistente en el germen que instauró este tipo de estudios a mitad de siglo XX y clarificó en que punto se encuentran las líneas de investigación más modernas. Todo ello con el único objeto de lanzar una aseveración al final de su ponencia: "Hay que aprender más", y poniendo como máximo ejemplo el del propio Foro Gana Salud como una de las acciones que deben tener como referencias otros gobiernos del mundo y animándoles para que sean "valientes y creativos".

Blair se refirió, en primer lugar, al estudio que instauró en 1953 el inicio de la investigación sobre los beneficios en la salud de la actividad física. Se ciñó a los trabajadores del transporte público de Londres y Morris, el investigador, ya obtuvo conclusiones resolutorias sobre la diferencia de calidad de vida entre conductores, más sedentarios, y otro tipo de empleados. Fue un punto de partida que se vio perfeccionado por el profesor Paffenbarger en los primeros años 70 para aclarar que el ejercicio es positivo para la salud.

Blair entra en el panorama de las investigaciones sobre estos asuntos en 1975. Y después de casi 35 años, en los que han pasado por su supervisión hasta 80.000 personas, el doctor estadounidense, cree tener algo que aportar en este campo y tener suficiente autoridad científica para exponer de forma muy simple que "el ejercicio moderado es bueno para la salud".

Este axioma lo sitúa en el contexto del debate sobre más o menos ejercicio. Pero tras multitud de estudios propios y de análisis de otras investigaciones realizadas en los últimos 35 años en el mundo, Blair afirma que una persona que practica ejercicio, es decir que hace actividad física de forma constante, tiene más salud que aquella que no lo hace. Una conclusión que obtuvo tras analizar a las personas en tres categorías: los que no hace nada de ejercicio y tienen baja forma, los que hacen algo y se encuentran en moderada forma y los que tiene más alta forma física.

Sus estudios fueron más allá y concluyeron igualmente cuanto ejercicio le puede hacer falta a cada individuo para que su salud se beneficie. Aportando el dato, ya universalmente aceptado por todos los expertos, de 150 minutos a la semana con ejercicios de intensidad moderada (andar o similares) o de 90 minutos con ejercicios más vigorosos (correr o similares). Con este dato, a su vez, aclara que "para estar físicamente bien no hace falta correr maratones ni entrenarse para ganar el Tour de Francia".

Esas fueron sus primeras conclusiones a sus estudios en 1989, pero también tuvo críticas y las analizó en su conferencia en el Foro Gana Salud. La principal era la que se refería a la de clarificar si los cambios de categoría de forma por el cambio de hábitos en las personas analizadas realmente incidían positivamente la salud. Pues bien, Blair dio el dato y apuntó a la reducción en la mitad del riesgo de muerte.

Junto a estos datos más generales, Blair siguió refiriendo, entre los múltiples estudios e investigaciones realizados, otros más particulares para llegar a la misma conclusión: La inactividad física tiene mayor factor de riesgo de mortalidad y acorta la vida. En este sentido, expuso estudios con personas con problemas de obesidad, de diabetes, de hipertensión, de tabaquismo, de depresión, de demencia senil para los mayores o de cáncer de mama para las mujeres. Para todos ello encontró que una persona con mejor forma física tiene menor riesgo de mortalidad y vive más que una persona que no practica actividad física. Blair puso como ejemplo más representativo el hecho de que una persona obesa que practica ejercicio, el que precise, tiene menos riesgo de mortalidad que una delgada que no hace absolutamente actividad física alguna.

Pero, además, de beneficiar al corazón, Blair asegura (y lo demuestra con los estudios sobre depresión o demencia senil), que el cerebro funciona mejor entre las personas que tienen por costumbre hacer actividad física, aunque sea moderada.

Por todo ello, el doctor Blair se permite recomendar el ejercicio como "el fármaco más recomendable", e invita a que se siga estudiando porque "aunque parezca mentira, aún estamos aprendiendo". La esquizofrenia y la drogadicción, por ejemplo, se está empezando a analizar para conocer si la ausencia de actividad física puede incentivarla.

Lo que sí tiene claro Blair, y para ello hay pruebas suficientes, es que algunos tratamientos médicos o farmacológicos tienen el doble coste que la recomendación de hacer ejercicio. Por eso, manifiesta el profesor de la Universidad de Carolina del Sur y del Norte de Texas, que no entiende cuál es el motivo por el que algunos médicos no aconsejan el ejercicio por delante de cualquier otro tipo de tratamiento. "Se puede hacer que todo el mundo haga ejercicio", puntualizó Blair. Y lo ilustró con un ejemplo de motivación muy claro al decir que en Estados Unidos se viviría dos años más de media,

siempre y cuando la gente no se muriera de cáncer, por el simple hecho de hacer ejercicio de forma moderada, pero constante. Y situó diferencias entre seis y ocho años de longevidad por el mero hecho de hacer un giro definitivo en las personas que no hacen actividad física alguna y pasar a hacer ejercicio.

La conferencia de Steve Blair concluyó por dar cuenta de forma muy resumida de unas guías de actividad física que se han realizado recientemente en Estados Unidos a cargo del Gobierno Federal y que se pueden encontrar en Internet a través del enlace www.health.gov/paguidelines. Blair las califica de muy completas y apunta que se estructuran en tres parcelas de edades: niños y jóvenes (de 6 a 17 años), adultos (de 18 a 64 años) y mayores (65 años y más). Pero apunta que no se pueden seguir con tal rigor, ya que hay gente de más edad que puede cumplir perfectamente con las permisas que se marca a personas con menor edad. Aun así, consideran que sirven como un buen código de actuación en el objetivo de ganar salud a través de la actividad física, y solicita que se extienda ese estudio a discapacitados o embarazadas, por ejemplo, para hacerlo más completo aún.

Es en ese momento, donde Blair aprovechó para lanzar al público asistente la recomendación de seguir aprendiendo y de animar a promover iniciativas en todo el mundo como la del Foro Gana Salud, y como no, a hacer algo de ejercicio, aunque sean tres minutos: "Cada paso, cuenta", afirmó con rotundidad Blair en el punto y final de su ponencia.

JOSÉ RAMÓN LETE (Director del Foro GanaSalud y Director General de Promoción Deportiva de la Consejería de Deportes de la Comunidad de Madrid)

José Ramón Lete anuncia, en el cierre del Encuentro de Comités del Foro, la puesta en marcha del Plan Madrileño de Actividad Física

El Director del Foro GanaSalud y Director General de Promoción Deportiva de la Consejería de Deportes de la Comunidad de Madrid, José Ramón Lete Lasa, ha anunciado en su intervención la puesta en marcha del Plan Madrileño de Actividad Física y Salud. En el acto de cierre del Primer Encuentro de Comités del Foro GanaSalud, Lete ha puesto como fecha de presentación del citado Plan el próximo mes de septiembre.

Como primer paso, en el mes de julio se presentará un detallado avance de la Encuesta de Hábitos Deportivos de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid, que se llevará a cabo en breve por toda la geografía de la región. Por último, en diciembre, según palabras de Lete, se pondrá en marcha el observatorio de la actividad física y la alimentación saludable de la Comunidad de Madrid, como herramienta de análisis de situación y concreción de objetivos en la materia.

El Director del Foro GanaSalud ha realizado un repaso a la consecución de objetivos durante el primer año de funcionamiento del proyecto, en el que ha destacado los puentes que se han tendido entre los profesionales del mundo de la salud y el deporte, la elaboración y puesta a disposición a través de la web de materiales de trabajo y la difusión de mensajes con el fin de lograr la generación de hábitos saludables en la población desde la infancia.

Lete ha realizado un breve repaso a las conferencias, con primeras figuras mundiales en el estudio contra el sedentarismo, que el Foro ha ofrecido durante este año, a la inminente publicación, por primera vez en castellano, de los mejores artículos sobre actividad física y salud de la editorial Human Kinetics y al inicio de la colaboración con Nintendo, como estrategia de acercamiento a la población con el mensaje de salud a través de la actividad física.

Carmen Atero, directora del proyecto, ha invitado a los presentes a registrarse en el Foro GanaSalud y ha tenido un especial agradecimiento con los miembros de los comités científico y asesor internacional, con el Embajador de la Salud Activa del Foro y con todo el equipo del proyecto.

Por su parte, Alfonso Jiménez, director científico del Foro GanaSalud ha hecho un exhaustivo repaso a todos los aspectos tratados por los conferenciantes en estos tres días de trabajo.