



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla  
Vicerrectoría Académica de Posgrados e Investigación  
Decanato de posgrados en Ciencias de la Salud  
Dirección de Posgrados de Enfermería

### **Título de la Investigación**

Actividad Física relacionada con Beneficios y Barreras para la práctica del ejercicio en el profesional de enfermería del Hospital Regional “Puebla” ISSSTE

Para obtener el grado de: Maestría en Ciencias de la Enfermería

Presenta:

**Lourdes Lezama Flores**

Puebla, Pue., México

Julio, 2016.



**UPAEP – Secretaría General**

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

**Tesis Digitales Restricciones de uso:**

**DERECHOS RESERVADOS ©**

**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla  
Vicerrectoría Académica de Posgrados e Investigación  
Decanato de posgrados en Ciencias de la Salud  
Dirección de Posgrados de Enfermería

### **Título de la investigación**

Actividad Física relacionada con Beneficios y Barreras para la práctica del ejercicio en el profesional de enfermería del Hospital Regional “Puebla” ISSSTE

Para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Enfermería

Presenta: **Lourdes Lezama Flores**

Nombre del asesor: Mtra. Ma. del Rosario López Huerta

Puebla, Pue., México

Julio, 2016.

## **Dedicatoria**

### **A mis padres**

**Sr. Guillermo Lezama Quintero**

**Sra. Gloria Flores Barrios**

Para ellos mi más profundo cariño y agradecimiento por brindarme su comprensión y apoyo moral.

### **A mis hijos:**

**Nallely**

Por inspirar en mí una superación constante en la vida y el apoyo que me brinda día a día para que logre la meta deseada

**Fidel Agustín**

Por la conquistar que da cada día y apoyo incondicional que da con cariño a la familia

### **A mis hermanos:**

**Felipe**

**Gloria**

**Elsa**

Por el cariño que siempre nos ha unido, quienes me motivan con su ejemplo y entusiasmo para ser mejor cada día

### **A mi tía:**

**Sra. Ruperta Flores Barrios**

Con gratitud, por su apoyo moral y ejemplo que siempre me ha dado.

## **Agradecimiento**

### **Mtra. Florentina Salazar Mendoza**

Por su apoyo incondicional y motivación para seguir con entusiasmo en el logro de la meta

### **Mtra. Ma. del Rosario López Huerta**

Gratitud por sus conocimientos y todo el tiempo que me a concedió para lograr mi propósito.  
Gracias.

### **Mtra. Armida Lobato García**

Por su paciencia y comprensión en los momentos difíciles, con su apoyo moral invaluable.  
Gracias

### **A cada uno de mis Docentes**

Gracias por sus conocimientos y su entrega.

## Índice

<b>Capítulo I</b>	<b>Pág.</b>
<b>1. Introducción</b>	<b>1</b>
1.1 Problema de investigación	1
1.2 Justificación	7
1.3 Objetivos general y específicos	8
1.4 Hipótesis y su correspondencia con el diseño	9
<b>2. Marco teórico</b>	<b>9</b>
2.1 Marco teórico	10
2.2 Revisión de literatura	15
<b>Capítulo II</b>	<b>16</b>
<b>3. Método</b>	<b>16</b>
3.1 Enfoque metodológico	16
3.2 Diseño de la investigación	17
3.3 Población y muestra	17
3.3.1 Características de los participantes	17
3.3.2 Procedimientos de muestre	18
3.3.3 Tamaño de la muestra	18
3.4 Procedimientos de medición de variables y recolección de datos	18
3.5 Instrumentos de medición	20
3.5.1 Descripción	20
3.5.2 Validez y confiabilidad	22
3.5.3 Aplicación	23
<b>Capítulo III</b>	<b>24</b>
<b>4. Resultados</b>	<b>24</b>
<b>Capítulo IV</b>	<b>32</b>
<b>5. Discusión y conclusiones</b>	<b>32</b>
5.1 Principales hallazgos	32
5.2 Interpretación y discusión de resultados	33

<b>5.3 Conclusiones</b>	<b>34</b>
<b>5.4 Recomendaciones</b>	<b>34</b>
<b>6. Referencias</b>	<b>35</b>
<b>Apéndices</b>	<b>41</b>
<b>Cronograma</b>	<b>47</b>
<b>Figuras</b>	<b>48</b>

---

## Resumen

El objetivo es relacionar la percepción de beneficios y barreras con la actividad física en profesionales de enfermería del Hospital Regional "Puebla" ISSSTE. Metodología es un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, con un muestreo no probabilístico, por conveniencia, con una n=110 profesionales de enfermería realizando una carta de consentimiento informado, utilizando los instrumentos de medición de Nola J. Pender EBBS II y HPLP con la subescala de actividad física, los datos fueron procesados con SPSS 18,0. Resultados: se obtiene que la actividad física en los participantes se encontró por encima de la media, es decir que la actividad física era moderada; la percepción de los beneficios para la práctica del ejercicio fue, de baja a moderada, con una  $\bar{X} = 45$  y la percepción de las barreras fue de moderados a altos. Conclusión: respecto a los factores personales se identifica que existe mayor prevalencia en la edad adulta, así también se enmarca el estado civil en el personal de enfermería predomina las casadas como las solteras, existe una relación de percepción de beneficios y barreras con actividad física, en que hay una correlación negativa donde indica que mayor beneficios y barreras menos actividad física así como también a mayor actividad física menor beneficios y barreras.

Palabras clave: beneficios, barreras, actividad física, ejercicio y enfermería

## Abstract

The aim is to relate the perceived benefits and barriers to physical activity in professional nursing Regional Hospital "Puebla" ISSSTE. Methodology is a quantitative, descriptive, correlational study, with a non-probability sampling, for convenience, with n = 110 nurses carrying a letter of informed consent, using measuring instruments Nola J. Pender EBBS II and HPLP with subscale of physical activity, the data were processors with SPSS 18.0. Results: Physical activity in the participants was above average, meaning that physical activity was moderate; the perceived benefits for the practice of exercise was low to moderate, with a = 45 and perception of barriers was moderate to high. Conclusion: regarding personal factors identified that there is a higher prevalence in adulthood and marital status are also part of the nursing staff predominantly married and unmarried, there is a relationship of perception of benefits and barriers to physical activity, that there is a negative correlation which indicates that greater benefits and less physical activity barriers as well as increased physical activity lower benefits and barriers.

Keywords: benefits, barriers, physical activity, exercise and nursing

## Capítulo I

### 1. Introducción

#### 1.1 Problema de investigación

La Organización Mundial de la Salud OMS promueve la actividad física (AF); el deporte, la educación física y la recreación es responsabilidad de todos y debe llevarse a cabo en cada núcleo social, se menciona que “se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.” incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas; la AF es clave del gasto energético, y para el equilibrio calórico y el control del peso. (OMS, 2015a). La expresión “actividad física” (AF) no se debería confundir con el ejercicio, este es una variedad de actividad física o subcategoría que se plantea como planificada, estructurada, repetitiva y realizada, como objetivo mejorar para mantener uno o más elementos del estado físico.

La inactividad física se relacionan con las barreras internas o externas; el modelo de Promoción de la Salud de la Dra. Nola J. Pender dice que las barreras percibidas, externas o internas, son obstáculos que reprimen que el adulto desarrolle un estilo de vida saludable; son estímulos ambientales e interacciones significativas las barreras externas, mientras que las barreras internas son aspectos físicos y emocionales. (Andrade/Padilla/Ruiz, 2013)

Los riesgos de la inactividad física para la presencia de enfermedades no transmisibles; proceso evolutivo largo, degenerativo, que no se solucionan de forma espontánea y rara vez su cura es completa, generan una carga social, como económica y así también la dependencia social más la incapacidad del individuo (Robledo, 2010).

La inactividad física va en aumento en el mundo, cada año mueren 3,2 millones de personas aproximadamente, por un nivel insuficiente de actividad física; cerca del 31% de los adultos de 15 años y más, no se mantenían adecuadamente activos en 2008 (un 28% de los hombres y un 34% de mujeres, además se mencionan que al menos un 60% de la población no realiza la actividad física por el beneficio de la salud) Según las previsiones de la OMS, si todo sigue igual, la cifra anual de muertes por enfermedades no transmisibles aumentará a 55 millones en 2030 (OMS, 2013). En los países de ingresos altos, el 41% de los hombres y el 48% de las mujeres no tenían un nivel adecuado de AF, en balance con el 18% de los hombres y el 21% de las mujeres en los países de ingresos bajos, los decrecientes de AF corresponden con un producto interno bruto alto o en aumento.(OMS, 2014).

El Gobierno de la Rioja en el 2015, menciona que los factores de riesgo de la inactividad física son las enfermedades cardiovasculares como es el infarto agudo de miocardio, el colesterol, tabaquismo, diabetes, hipertensión, obesidad abdominal, estrés psicosocial, consumo escaso de frutas y vegetales, abuso del alcohol. Indica la OMS que las principales causas de enfermedades por la inactividad física son: el cáncer de mama y colon en un 21% al 25%, con respecto a la diabetes con el 27% y las cardiopatías isquémicas se destaca con el 30%; el descenso de la AF se debe en parte en la inacción, el ocio y sedentarismo en la vida cotidiana, influyen los factores ambientales y sociales.

Los beneficios de la actividad física, indica la OMS de forma regular y niveles adecuados: acrecenta el estado muscular y cardiorrespiratorio, desarrolla la salud del sistema óseo y funcional, disminuyen el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente

cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y colon y depresión, amenora el riesgo de caídas y fracturas vertebrales o de cadera y es fundamental para el equilibrio energético y el control de peso. (OMS, 2014a); La AF de forma moderada o intensa beneficia la salud, toda actividad debe aplicarse en periodos de 10 minutos como mínimo. La OMS también recomienda que: AF moderada o intensa para niños y adolescentes: 60 minutos diarios de actividad; y en adultos de 18 años y más: 150 minutos por semana siendo la actividad moderada. (OMSa, 2014).

La AF tiene gran calidad para la salud y evita las enfermedades no transmisibles, se enmarca que a nivel mundial, uno de cada tres adultos no tiene un nivel suficiente de actividad física, los estados que conforma la OMS se han preocupado para reducir la inactividad física en 10% para 2025. (OMS, 2014b).

Las enfermedades de cardiopatía, episodios cerebrovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas; neuropatía obstructiva crónica o el asma, son producidas por factores de riesgo como la hipertensión, hiperglucemia, la hiperlipidemia, y sobrepeso/obesidad, que son el resultado de regímenes alimentarios no saludable, inactividad física (OMS, 2015f).

Las enfermedades cardiovasculares están asociadas con conductas de vida y factores de riesgo modificables, la transformación de estos hábitos ha confirmado que reducen la probabilidad de padecer enfermedades no transmisibles. Se enfatiza que las enfermedades con aumento frecuente son las isquémicas del corazón que deriva el infarto agudo de miocardio; las cerebrovasculares y las enfermedades vasculares periféricas como el aneurisma de aorta

abdominal. Otra de las enfermedades cardiovasculares es la arterosclerosis, su consecuencia es la obstrucción de las arterias del corazón y de diferentes órganos, es una enfermedad silenciosa, que al presenta síntomas suele estar ya avanzada. (Gobierno de la Rioja, 2015)

La OMS define al sobrepeso y la obesidad como una “acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.” Las causas del sobrepeso y la obesidad son una inestabilidad energética por las calorías consumidas, la hipertensión, la diabetes con sus complicaciones de ceguera, falla renal y las amputaciones están en relación con la enfermedad, aunado a la disminución de AF como consecuencia de trabajos sedentarios y nuevas formas de desplazamiento por el progreso de la urbanización.(Robledo, 2010).

La diabetes de tipo II, su origen es la falta de producción en el cuerpo para utilizar de forma adecuada la insulina, la mayoría de los casos es consecuencia del exceso de peso o la falta de la inactividad física; la morbilidad de la diabetes va en aumento más enfático en los países desarrollados, se relaciona con la inactividad física, en consecuencia con el sobrepeso y la obesidad; una de las consecuencias de la diabetes son las nefropatías. Hay estudios con respecto a la diabetes, el cual se pueden prevenir con una dieta adecuada y actividad física regular, manteniendo el peso adecuado. (OMS, 2014).

La Organización Mundial de la Salud en el 2002 plantea, la cantidad de personas con más de 60 años de edad presenta un incremento creciente. Para el año 2025 se estiman encontrar unas 1200 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, se observa que a nivel físico se producen los siguientes fenómenos: incremento de la grasa corporal, disminución de la masa muscular, disminución de la densidad ósea, pérdida de fuerza, fatiga muscular, disminución de la capacidad cardíaca, y aumento de la presión arterial, mientras en

el aspecto psicosocial, el adulto se enfrenta a nuevas condiciones de vida por la pérdida de roles familiares y sociales que se agregan a un trasfondo de enfermedades y a una disminución de sus capacidades de adaptación. (Fontana, Grasso y Pinto, 2014)

Latinoamérica afronta una importante cifra de población con enfermedades no transmisibles, unos 250 millones de personas sufren una o varias de estas enfermedades, en el 2010, el costo de atención en salud se erogaba el 75% a las enfermedades no transmisibles (OPS/OMS/GFS, 2011).

En Puebla, la prevalencia previa de hipertensión arterial (HTA), por diagnóstico médico en personas de 20 años de edad o más en el estado fue de 13.3%, la cual aumentó en 12.7% de acuerdo a lo respecto en 2006 que fue 11.8%. La diabetes mellitus (DM) en el estado de Puebla, su prevalencia del diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más en Puebla fue de 8.4%, más alto que la reportada en 2006 que fue de 6.3%. (INSP, 2013). En Puebla, como en el país, los padecimientos de enfermedades no transmisibles forman el principal reto en salud, la presencia de estilos de vida no saludables, denotados por la importante prevalencia de inactividad física, exacerba el reto de los padecimientos no transmisibles, y fortalecer los programas preventivos. Actualmente los Servicios de Salud del Estado de Puebla atienden a un total de 20,241 pacientes con obesidad. El 25.3% de estos pacientes se registra en control terapéutico (5,137 pacientes) (SSEP, 2013).

La Organización Mundial de la Salud, alude que siendo las dietas malsanas y la inactividad física son dos de los principales factores de riesgo a nivel mundial para las enfermedades no transmisibles, da recomendaciones sobre la AF para mantener la salud buscando estilos de vida saludable con una mejor calidad de vida, previniendo enfermedades

no transmisibles a través de generar políticas para el fomento a la AF de las poblaciones. (OMS, 2015g)

Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea. (OMS, 2015a) Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son un problemática a nivel mundial de salud pública, tiene un impacto en las poblaciones que en su momento de vulnerabilidad social y económica se convierten en la principal causa de morbilidad y mortalidad de los países. (Robledo, 2010)

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, su función es la integración de métodos de la profesional de enfermería en las conductas de salud de las personas, con base en el metaparadigma, conceptualizando: la persona, medio ambiente, enfermería, salud y enfermedades; siendo su objetivo, la observación y exportación de los procesos biopsicosociales del ser humano (Aristizábal, Blanco, Sánchez y Ostiguín, 2011).

La realización de las conductas para mejorar la calidad de vida con un mejor nivel de salud, este estudio se relacionara con los conceptos de la autoeficacia percibida, donde es la capacidad de uno mismo para establecer una cierta conducta, con las barreras percibidas que aluden las apreciaciones negativas y bienestar con los resultados positivos anticipados; con el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano; el concepto se vinculan con la cogniciones y afectos relativos a la conducta específica; y relacionando con el supuesto quinto

que señala a las personas con su complejidad biopsicosocial impactante con su medio.

(Marriner y Raile., 2008)

El estudio se realiza en base a la Teoría del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender; donde se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación de Actividad física con la percepción de beneficios y barreras de enfermería del Hospital Regional “Puebla” ISSSTE?

## **1.2 Justificación**

Las enfermedades no transmisibles son un problema de salud pública, uno de los factores principales que hace su proceso es la falta de actividad física, el profesional de enfermería del Hospital Regional Puebla ISSSTE no es la excepción, a pesar que las enfermeras está capacitado para orientar y prevenir al público, donde son promotoras de la salud, con el fin de ir originando una vida saludable, siendo ejemplo para el usuario, no obstante no han logrado en su persona cambiar hábitos para una mejor calidad de vida, demostrado con la erogación de incapacidades del 2015 que llegaron a la coordinación de enfermería del hospital, con un porcentaje de 61% de ellas son causa de enfermedades no transmisibles del personal de enfermería, en tanto resalta que hay un deterioro en la salud en el personal de enfermería, que dañando su bienestar y desarrollo en su entorno familiar y laboral.

Es importante que el profesional de enfermería se estudie así mismo, para valorar en qué momento se encuentra, son mínimos los estudios que visualizan el cuidado que tiene la enfermera para sí misma o en su responsabilidad personal, fomentando estilos de vida saludable, es por ello la importancia de realizar estudios con el enfoque hacia beneficios y

barreras inherentes al profesional de enfermería relacionado con la actividad física, para su prevención y así minimizar las enfermedades no transmisibles, como lo enfatiza Nola Pender, “es de importancia que la enfermería se cuide a sí misma, para que pueda proporcionar cuidados y sobre todo transmitir la importancia de tener estilos de vida y de estos depende las conductas de salud” (Marriner y Raile,. 2008)

Se explora en el profesional de enfermería la identificación de los factores que estén dañando y que pueden ser modificados por las condiciones situacionales en conductas positivas en favor de la salud. Es ineludible que el profesional tenga un plan de vida donde organice e integre un estilo de vida saludable, que reconozca donde es necesario corregir hábitos implementando la actividad física inhibiendo las barreras y reconociendo los beneficios, contribuyendo en sus acciones diarias, adquiriendo un compromiso para sí misma, evitando de esta manera que dañe su salud y disminuyendo las enfermedades no transmisibles.

Por lo tanto ¿Cuál es la relación de la actividad física con la percepción de beneficios y barreras de enfermería del Hospital Regional Puebla ISSSTE?. El trabajo se realizara conforme a las necesidades y planteamientos que emana en las estrategias del Plan Nacional de Salud. Este trabajo se realiza como requisito para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

## **1.2 Objetivos General y Específicos**

### **1.2.1 Objetivo general**

Relacionar la percepción de beneficios y barreras con la actividad física en profesionales de enfermería del Hospital Regional “Puebla” ISSSTE.

## 1.2.2 Objetivo específicos

1.2.2.1 Identificar los factores personales biológicos y socioculturales de la muestra de estudio.

1.2.2.2 Identificar la actividad física

1.2.2.3 Determinar la percepción de los beneficios

1.2.2.4 Determinar la percepción de las barreras

## 1.3 Hipótesis y su correspondencia con el diseño

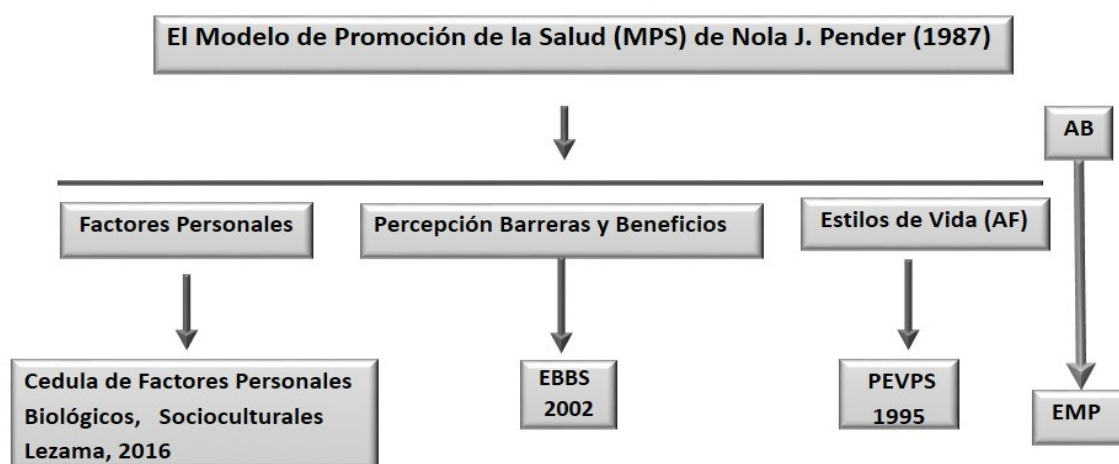
H1. A mayores barreras percibidas, menor percepción de beneficios de la actividad física.

H2. A mayor beneficios, menor percepción de barreras en la actividad física

## 2. Marco teórico

Conceptos los su puestos y de lo que se va utilizar

### DERIVACIÓN TEORICA, EMPIRICO



Fuente 1: Modelo de promoción de la Salud de Pender1996 (Marriner A, Raile M, 2007)

## 2.1. Marco teórico

El modelo de promoción a la salud de Pender, está basado en la concepción de la promoción de la salud, que es definida como aquellas actividades realizadas para el desarrollo de recursos que mantengan o intensifiquen el bienestar de la persona, el modelo expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra en el siguiente diagrama del modelo de Promoción de la Salud (Aristizábal, Blanco, Sánchez y Ostiguín, 2011).

El modelo surge como una propuesta de integrar la enfermería a la ciencia del comportamiento, identificando los factores que influyen los comportamientos saludables, además de una guía para explorar el complejo proceso biopsicosocial, que motiva a los individuos al compromiso en comportamientos promotores de la salud, utilizando el metaparadigma con enfoque en paciente, medio ambiente, salud y enfermedad (Marriner y Raile,. 2008)

El modelo de la promoción a la salud es para evaluar la acción de promoción a la salud y el a la promoción y de la interrelación entre tres puntos principales:

- Características y experiencias de los individuos.
- Sensaciones y conocimiento en el comportamiento que se desea alcanzar.
- Comportamiento de la promoción de la salud deseable.

El modelo es dividido en tres dimensiones con factores que condicionan la promoción, utilizando en este estudio los siguientes conceptos:

Factores personales.- Refiriéndose a todos los factores relacionados con las personas que influyen al individuo en relación con su medio para desarrollar conductas promotoras de salud; incluyen factores biológicos y socioculturales, predictivos de una conducta y marcados por la naturaleza de la meta.

Percepción de beneficios de la acción.- Resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud.

Percepción de barreras de la acción.- Alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.

Efectos relacionados de la acción.- Son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta.

Conducta promotora de la salud - Expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

Este estudio se basa en la Afirmación 5 la cual señala que, “la eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. “ Se tiene las habilidades para ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones previstas de salud (Marriner y Raile,. 2008)

### **Definiciones conceptuales**

Para esta investigación se utilizan los siguientes conceptos:

## Definición conceptual

Actividad física: Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. (OMS, 2015a)

Percepción de barreras: Bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costes personales de la adaptación de una conducta determinada. (Marriner, 2008)

Percepción de beneficios: Resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud. (Marriner, 2008)

Enfermera: Es la colaboración con individuos, familias y comunidades para crear las condiciones más favorables para la expresión de una salud óptima y de alto nivel de bienestar (Pender, 2011)

## Definición conceptual biológica, sociocultural

Edad: Número de años transcurridos entre la fecha de nacimiento de las personas, hasta el momento de la entrevista. Se consideran únicamente años cumplidos. (INEGI, 2012a)

Género: son los roles socialmente constituidos, los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera aportados para los hombre y las mujeres “masculino” y “femenino” son categorías de género (OMS, 2015h)

Estado conyugal: Situación de las personas en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre, respecto de la unión o matrimonio con otra persona al momento de la entrevista. (INEGI, 2012a)

Soltera: Persona que no se ha casado civil ni religiosamente y nunca ha vivido en unión libre. (INEGI, 2012a)

Casado (a): Persona que ha contraído matrimonio civil y/o religioso. (INEGI, 2012a)

Divorciado (a): Persona separada legalmente de su cónyuge mediante una sentencia de divorcio y, en el momento de la entrevista, no vive con otra pareja o no ha vuelto a contraer matrimonio. (INEGI, 2012a)

Separado (a): Persona que ya no vive con su pareja, ni se ha divorciado de ella. (INEGI, 2012a)

Viudo(a): Persona cuya pareja o cónyuge ha fallecido y no ha contraído nuevo matrimonio, ni vive en unión libre. (INEGI, 2012a)

Unión libre: Persona que vive en pareja sin legalizar o formalizar, ni civil ni religiosamente su unión. (INEGI, 2012a)

Lugar de nacimiento: Entidad federativa o país donde nació la persona. (INEGI, 2012a)

Área laboral: lugar físico donde se realiza una actividad determinada con eventos en los que se manifiesta un interés o propósito de un conjunto de personas (INEGI, 2012b)

Estudios de nivel superior o profesional que se refiere a las personas que aprobaron al menos un año académico o que concluyeron su instrucción profesional, independientemente de que hayan obtenido o no el título correspondiente. (INEGI, 2012a)

Antigüedad en el trabajo es el número de años que llevan laborando los trabajadores independientes, así como los trabajadores subordinados y remunerados en la unidad económica en la cual trabajan. (INEGI, 2012a)

Índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. (OMS, 2015f)

Peso corporal es el peso de cada persona está marcado por su constitución corporal, su edad y sexo. (OMS, 2015f)

Talla es la medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo. (OMSf, 2015)

### **Definiciones operacionales**

Factores personales del profesional de enfermería: Se realizó un instrumentos de factores personales por Lezama Flores Lourdes, su referencia es a las características edad, genero, soltera, estado conyugal, casada, divorciada, separada, viuda, unión libre, lugar de nacimiento, descripción de puesto, estudios de nivel superior, antigüedad en el trabajo e índice de masa corporal (IMC), talla, peso.

El índice de masa corporal se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). (OMS, 2015f)

$$\text{IMC} = \frac{\text{masa}}{\text{estatura}^2}$$

Los beneficios percibidos con la actividad física, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud como lo menciona Aristizábal, Blanco, Sánchez y Ostiguín (2011). Los beneficios percibidos se abordan con el instrumento para medir la percepción de los beneficios y las barreras, el instrumento fue elaborado por Sechrist, K. R., Walker, S. N., y Pender, N. J. en el año de 1997, con 43 ítems, de los cuales 29 ítems son para la medición de beneficios percibidos.

Las barreras percibidas con la actividad física, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la

mediación de la conducta y la conducta real. Aristizábal, Blanco, Sánchez y Ostiguín (2011). Las barreras percibidas se miden también con el instrumento, la percepción de los beneficios y las barreras para hacer ejercicio con 43 ítems, de este instrumento 14 ítems son para la medición de las barreras percibidos con la actividad física. (Sechrist, Walker, y Pender, N. J. 1997)

Sobre la actividad física, la medición se realizó con el cuestionario de estilo de vida saludable II de Walker, Susan N., Sechrist, Karen R. y Pender, Nola J. que contiene 52 ítems que miden estilos de vida y hábitos personales y se integra por 6 subescalas que son: responsabilidad de la salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés. Retomando del cuestionario de estilos de vida saludable II solo se instrumenta el de actividad física con 8 ítems. (Walker, Sechrist y Pender, 1995)

## **2.2 Revisión de literatura**

Consternadamente no se encontró literatura apreciable con la que se puedan mostrar similitudes, solo parcialmente, describiéndose a continuación:

Los Niveles de actividad física, beneficios, barreras y autoeficacia en un grupo de empleados oficiales, es un estudio que su objetivo es determinar la relación entre el nivel de actividad física y la percepción de los beneficios, las barreras y la autoeficacia en un grupo de empleados de 18 a 65 años con factores de riesgo cardiovascular; metodología: cuantitativo, descriptivo, correlativo; para valorar la actividad física se utilizó el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) versión completa y para la evaluación de la escala de barreras, beneficios y auto-eficacia se utilizó el cuestionario de Nola Penda; la N=600 con riesgo cardiovascular y se selecciona de forma aleatoria n= 243 empleados, los resultados las

mujeres son menos activas que las hombres; los niveles de actividad física aumentan con la edad y reducen cuando aumenta el nivel educativo (Becerra y Díaz, 2008).

El Estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la universidad cooperativa de Colombia, es un estudio con el objetivo para determinar los estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia; utilizando el instrumento HLP II de Nola J. Pender. Metodología: estudio descriptivo transversal, n= 154 estudiantes. Conclusión sus hábitos son no saludable; los datos encontrados en la conducta son de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles (Laguado y Gómez, 2014).

El Identificar los beneficios percibidos, barreras y nivel de actividad física en universitarios en la ciudad de Armenia, Colombia; su metodología es descriptivo cuantitativo, de corte transversal, con estudiantes de pregrado en primer semestre del 2013 de todas las facultades, la muestra fue probabilística, aleatoria simple, estratificada, integrada n= 258 estudiantes universitarios, con un límite de error de 0.5, potencia de .90 y un efecto de .30 y para amortiguar el efecto de atrición, se aumentó en 10%. la escala de los beneficios y las barreras de Pender y Pender. Conclusión: los estudiantes tienen un nivel moderado de actividad física, proporcional a los que hacen actividad física vigorosa; hay una alta apreciación de la percepción beneficiosa y medio de barreras (Fernández, Roper, 2015)

## **Capítulo II**

### **3. Método**

#### 3.1. Enfoque metodológico

Cuantitativo

### 3.2. Diseño de la investigación

El estudio es descriptivo, Transversal, probabilístico por conveniencia y correlacional, solo se describen las relaciones entre las variables sin manipulación de estas; También se describe las características de los participantes y las variables del estudio, actividad física, beneficios y barreras.

### 3.3. Población y muestra

#### 3.3.1. Características de los participantes

La población está constituida por 484 profesionales de enfermería de todos los turnos adscritas al Hospital Regional Puebla, ISSSTE

Para calcular la muestra se utilizó el método probabilístico por conveniencia.

La muestra se conforma por el personal de enfermería el cual se calculó mediante el análisis de potencia con un efecto estimando de .50 y un poder de .95 , para atenuar el efecto de atracción se aumentara 6 participantes dándonos una n=110 participantes

- Criterios de inclusión
  - Todo el personal de enfermería adscrito al Hospital Regional Puebla ISSSTE
  - Personal de enfermería de cada uno de los turnos, de confianza, base y eventual.
- Criterios de exclusión
  - Personal de enfermería que este con un concepto de incidencia programada y no programada como: permisos económicos, permisos de antigüedad, beca, onomástico, sin goce de sueldo, falta e incapacidad.
  - Personal de enfermería que no acepte participar.

### 3.3.2. Procedimientos de muestreo

Por conveniencia, no probabilística, para calcular el análisis de la muestra se ocupó el poder estimado con un efecto estado estimado de .50 y un poder .95, sin embargo se tomaron 6 casos más para atenuar el efecto de atrición dando un total de 110 por participante

### 3.3.3. Tamaño de la muestra

n= 110 Enfermeras de los diferentes turnos

## 3.4 Procedimientos de medición de variables y recolección de datos

Con respecto al procedimiento de datos se utilizó el paquete estadísticos PASW Statistics versión 18 para el análisis de los datos de cada uno de las variables. Se manipuló estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central (media, mediana frecuencia y porcentajes) medidas de dispersión (valor mínimo, máximo, rango desviación estándar y varianza), con el propósito de describir las características de la muestra.

Se comprueba la consistencia interna del instrumento a través de coeficiente de Alpha de Cronbach. Para la distribución de las variables continuas se aplicó la prueba de Kolmogov-Smirnof con el objetivo de identificar la pertinencia de utilizar estadística paramétrica: r de Pearson y Regresión Lineal Simple, cuyos resultados sirvieron para describir la relación entre las variables de estudio

Se tomó en cuenta la autorización institucional; luego de haberse explicado el objetivo de la investigación a la Directora del Hospital Regional Puebla ISSSTE, a continuación se coordinó la presensibilidad del investigador y del recurso humano (1 elemento)

entrenado, con el propósito de confirmar el procedimiento del llenado de los formatos, como el reporte de IMC

Para la recolección de los datos, siendo una fuente primaria, se efectúa la recogida por medio de formularios impresos que son los siguiente: la carta de consentimiento informado para la autorización del personal profesional de enfermería de utilizar sus datos para el estudio, Factores Personales elaborada por Lezama Flores Lourdes; cuestionario del estilos de vida II: la subescala de actividad física, elaborado por Walker, Susan N., Sechrist, Karen R. y Pender, Nola J., el cuestionario de los estilos de vida II. El coeficiente alfa de consistencia interna para la escala total fue de 0.943 a 0.892 (Walker, Sechrist y Pender, 1995); y el instrumento de Percepción de los Beneficios y las Barreras para hacer actividad física, elaborada por Sechrist, K. R., Walker, S. N., y Pender, N. J., reportando un alfa de Cronbach de 0.954 en la escala de Beneficios, y en la escala de Barreras con un alfa estandarizada de 0.866.

Para la recolección de datos, el recurso humano entrenado para la investigación o en su defecto el investigador, acudirán con el profesional de enfermería al servicio donde labora ya sea la consulta, hospitalización o quirófano, mediante la aplicación de los instrumentos, como la carta de consentimiento informado, el entrevistador resalto la importancia de que los instrumentos no tuvieran preguntas sin contestar y que solo marquen una opción de respuesta, una vez que se aclararon todas las dudas se aplicaron los instrumentos

Las medidas antropométricas que se registraron fueron las siguientes: peso (Kg) bascula con estadímetro Bamer modelo 5282 (rango 75-193 cm) de 1 milímetro de precisión. Para ello los sujetos se colocaron descalzos, en bipedestación, con la espalda lo más recta posible, brazos extendidos y paralelos al cuerpo, talones juntos y cabeza

colocada siguiendo el plano horizontal de Krakfort; se calcula el índice de masa corporal (IMC) usando el peso en kg dividido entre la estatura en metros al cuadrado, para conocer el status de IMC.

### 3.5. Instrumentos de medición

#### 3.5.1. Descripción

Se aplicaran tres instrumentos de medición siendo los siguientes:

Factores Personales elaborada por Lezama Flores Lourdes 2016. Se utiliza un formato con 7 preguntas de factores personales del profesional de enfermería (sociodemográfico): con referencia a Género con una escala dicotómica, de 1 con Masculino y 2 Femenino; en la características de Edad con una escala opción múltiple del 1 a 5 y codificación de: 20 a 30 (1); de 31 a 40 (2); 41 a 50 (3); 51 a 60 (4); 61 a más (5); el ítem del Estado Civil se da con escala múltiple del 1 al 6 codificándose de la siguiente manera: (1) Soltera, (2) Casada, (3) Viuda, (4) Divorciada, (5) Separada y (6) Unión libre; el Lugar de Nacimiento la pregunta es dicotómica con una medición de 1 Puebla y 2 Interior del País; en tanto el Área laboral con puntuación opción múltiple del 1 al 3 refiriendo con: (1) Clínica, (2) Hospital y (3) Quirófano; con respecto al Nivel Académico con escala opción múltiple, codificándose el 1 al 6 con el siguiente carácter: (1) Auxiliar de Enfermería, (2) Enfermera Técnica General, (3) Enfermera General, (4) Enfermera con Postécnico, (5) Enfermera Especialista y (6) Maestría en Enfermería y por último de los factores personales el Índice de Masa Corporal con una escala de opción múltiple del 1 al 6 refiriéndose a su medición de la siguiente forma: (1) Bajo peso menor de 18.5, (2) Normal 18.5 a 24.9, (3) Sobre peso o exceso de

riesgo 25 a 29.9, (4) Obesidad leve 30 a 34.9, (5) Obesidad moderada 35 a 39.9 y (6) Obesidad mórbida por encima de 40.

Cuestionario del estilos de vida II: la subescala de actividad física, elaborado por Walker, Susan N., Sechrist, Karen R. y Pender, Nola J. realizada en el año 1995, con una confiabilidad obtenida a través del coeficiente alfa de consistencia interna para la escala total es de 0,943 a 0.892; la subescala de actividad física, contiene 8 ítems tipo likert, con una calificación de: nunca (1), algunas veces (2), frecuentemente (3) y rutinariamente(4); y el resultado de la suma de los ítems menor es 8 y la mayor es 32. (Walker, Sechrist y Pender, 1995)

Instrumento de Percepción de los Beneficios y las Barreras para hacer actividad física, elaborada por Sechrist, K. R., Walker, S. N., y Pender, N. J. durante el años 1985, con una confiabilidad basada en el Cálculo de Cronbach de alfa para el instrumento 43 ítems se obtuvo un alfa estandarizada de 0.954. En tanto la subescala de beneficios percibidos para hacer actividad física, con un instrumento 29 ítems, donde la mínima calificación el 29 y la máxima 116, con valores de: (1) completamente de acuerdo, (2) de acuerdo, (3) en desacuerdo y (4) completamente en desacuerdo; teniendo una valides y confiabilidad en base a una alfa estandarizada de 0.954; de igual modo la subescala de las barreras percibidas para hacer actividad física se miden con 14 ítems, con una confiabilidad de donde la mínima calificación el 14 y la máxima 59; el formato tiene preguntas tipo likert, de 4 respuestas, con valor de: (1) completamente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) de acuerdo y (4) completamente de acuerdo; teniendo una valides y

confiabilidad con el cálculo de Cronbach de alfa con los 14 ítems un alfa estandarizada de 0.866. (Sechrist, Walker & Pender, 1985).

### 3.5.2. Validez y confiabilidad

Para esta investigación el cálculo de Alfa de Cronbach para el instrumento de Beneficios y Barreras de 43 ítems obtuvo un Alfa estandarizando .884 y un .901 en el Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados (Sechrist, Walker & Pender, 1985).

La subescala de Beneficios tiene 29 ítems se alcanzó un Alfa estandarizado de .927 con un Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados de .934 (Sechrist, Walker & Pender, 1985).

La subescala de Barreas que se conforma de 14 ítems se consiguió un .788 de Alfa estandarizado con un .788 de Alfa de Cronbach en los elementos tipificados (Sechrist, Walker & Pender, 1985).

Cuestionario de los estilos de vida con respecto a la subescala de Actividad Física posee 8 ítems, logrando un Alfa estandarizando .850 y un .851 en el Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados (Walker, Sechrist y Pender, 1995).

Es relevante mencionar que la teoría reporta un alfa de Cronbach de  $\alpha$  para el instrumento 43 ítems se obtuvieron un alfa estandarizada de 0.954. Escala de Beneficios 29 ítems tiene una alfa estandarizada de 0.954 y los 14 ítems de la escala Barreras tiene un alfa estandarizada de 0.866. (Sechrist, Walker & Pender, 1985).

Entre tanto en el cuestionario de los estilos de vida II, señala la teoría que el coeficiente alfa de consistencia interna para la escala total fue de 0,943 a 0.892. (Walker, Sechrist y Pender, 1995)

### 3.5.3. Aplicación.

Se solicitó el oficio de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla y expide el oficio, para la autorización de la aplicación de las encuestas de factores personales: Biológicos y Socioculturales, así como el cuestionario del estilos de vida II: de la subescala de actividad física, Walker, Sechrist y Pender, 1995; así también el instrumento de Percepción de los Beneficios y las Barreras para hacer actividad física, de Sechrist, Walker & Pender, 1985, y también el consentimiento informado; y se entrega a la Dra. Luz María Goti Rodríguez, Directora del Hospital Regional Puebla, ISSSTE, para la autorización de realizar con el personal de enfermería de los diferentes turnos iniciando con la jornada (2.1.) nocturna el 18 de febrero de 22:00 a 2:00 hrs., jornada (3.2.) nocturna el 20 de febrero de 19:30 a 23:00 hrs., jornada (3.1.) diurno el 21 de febrero de 8:00 a 12:00hrs., el 23 de febrero la jornada (1.1.) matutino de 8:30 a 13:00hrs., como también jornada (1.2.) vespertino de 15:30 a 19:30hrs y la jordan (2.2.) nocturna de 20:00 a 23:30hrs., llamando a la coordinación de enfermería, al profesional de enfermería de los diferentes servicios como: urgencias, hemodiálisis, consulta externa, diálisis ambulatoria, C.E.y E., medicina nuclear, banco de sangre, quirófano, tococirugía, alojamiento conjunto, ginecobstetricia, pediatría, UCIN, UTIP, cirugía general, medicina interna, UCI, oncología y ortopedia, unidad de abastos, UAM, inhaloterapia, infectología, hemodinámia y coordinación de enfermería; una vez terminada

aplicación de los instrumentos, se procede al vaciamiento a la base de datos del paquete estadístico PASW Statistics versión 18 para el análisis de los datos, una vez obtenido las respuestas de los instrumentos, se archiva en un sobre y así evitar mal uso de dicha información el cual se resguarda por un año y posteriormente se eliminarán; con respecto a la base de datos se saca: frecuencia, media, mediana y porcentaje como medidas de tendencia central. Se continúa a la comprobación de la consistencia interna del instrumento a través de coeficiente de Alpha de Cronbach y para la distribución de las variables continuas se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov identificando la estadística paramétrica de  $r$  de Pearson y Regresión Lineal Simple, describiendo la relación entre las variables del estudio.

### **Capítulo III**

#### **4. Resultados**

##### 4.1 Descripción.

En este capítulo se describirán los factores personales (genero, edad, IMC) seguido de los socio culturales (estado civil, escolaridad, ocupación), actividad física del personal de enfermería del Hospital Regional Puebla ISSSSTE, percepción de beneficios y barreras, y por ultimo para la estadística diferencial se realizará una correlación entre la actividad física y la perceptivo de los beneficios y barreras para la práctica del ejercicio.

##### 4.2. Análisis de estadística y datos.

Para el caso de los factores personales se identificó que existe mayor prevalencia del género femenino con una frecuencia de 90.9%, con respecto a la edad la más común es

de 41 a 50 años (33%) del género femenino, es relevante mencionar que de la edad de 61 años a más existe un caso del género femenino (ver tabla 1) (ver figura 1) (ver figura 2).

**Tabla 1 de contingencia Edad y Género**

		Genero		Total
		Masculino	Femenino	
		<i>f</i>	<i>f</i>	
Edad	20 a 30	3	29	32
	31 a 40	4	10	14
	41 a 50	3	33	36
	51 a 60	0	27	27
	61 y mas	0	1	1
<b>Total</b>		10	100	110

Fuente: cedula de factores personales (Lezama, 2016)

Para el caso de los factores personales con respecto del estado civil, sobresale la actividad de casado con un 50.9 %, predominando en ambos géneros con un 4.5% en hombres y un 46.3% en mujeres en base a la totalidad de la n; es notable mencionar que viudez obtuvo 1.81% en el género femenino (ver tabla 2) (ver figura 3) (ver figura 4).

**Tabla 2 de contingencia Estado Civil y Género**

		Genero		Total
		Masculino	Femenino	
		<i>f</i>	<i>f</i>	
Estado Civil	Soltera (o)	5	32	37
	Casada (o)	5	51	56
	Viuda (o)	0	2	2
	Divorciada (o)	0	7	7
	Separada (o)	0	5	5
	Unión Libre	0	3	3
<b>Total</b>		10	100	110

Fuente: cedula de factores personales (Lezama, 2016)

En el factor personal con respecto del lugar de nacimiento, sobresale la dinamismo de Puebla con un 85.4 %, predominando en los géneros con un 6.3% en hombres y un 79 % en mujeres; en comparación con el interior de la republica que los hombres ocupan un 2.7 % en tanto la mujeres un 11.8% (ver tabla 3) (ver figura 5).

<b>Tabla 3 de contingencia Lugar de Nacimiento y Genero</b>				
		Genero		Total
		Masculino	Femenino	
		<i>f</i>	<i>f</i>	
Lugar de Nacimiento	Puebla	7	87	94
	Interior de la Republica	3	13	16
<b>Total</b>		<b>10</b>	<b>100</b>	<b>110</b>

Fuente: cedula de factores personales (Lezama, 2016)

En el factor personal con respecto del Área Laboral, sobresale la dinamismo de Hospitalaria con el 76.3 %, predominando en los géneros con un 5.4 % en hombres y un 70.9 % en mujeres; no se puede dejar de mencionar que sobresale con el mínimo los hombres con un 1.8% en la Clínica como en Quirófano, en tanto que en las mujeres el mínimo es el 9.9% que laboran en la Clínica (ver tabla 4) (ver figura 6).

<b>Tabla 4 de contingencia Área Laboral y Genero</b>				
		Genero		Total
		Masculino	Femenino	
		<i>f</i>	<i>f</i>	
Área Laboral	Clínico	2	10	12
	Hospital	6	78	84
	Quirófano	2	12	14
<b>Total</b>		<b>10</b>	<b>100</b>	<b>110</b>

Fuente: cedula de factores personales (Lezama, 2016)

El factor personal del Nivel Académico, resalta el nivel de Enfermera General con un 23.6%, siendo en mujeres el mayor de Enfermera General con un 22.7 % y en hombres un 3.6% como Enfermeros Especialistas, y en menor proporción se muestra que en mujeres con maestría es el 6.3% y en hombres coinciden tanto Enfermero Técnico General, Enfermo General, Enfermero Especialista y Maestría en Enfermería con uno (ver tabla 5) (ver figura 7).

**Tabla 5 de contingencia Nivel Académico y Genero**

		Genero		Total
		Masculino	Femenino	
		<i>f</i>	<i>f</i>	
Nivel Académico	Auxiliar de Enfermería	2	10	12
	Enfermera Técnica General	1	18	19
	Enfermera General	1	25	26
	Enfermera con Postécnico	1	24	25
	Enfermera Especialista	4	16	20
	Maestría en Enfermería	1	7	8
<b>Total</b>		10	100	110

Fuente: cedula de factores personales (Lezama, 2016)

En la clasificación del estado nutricional tomando como referencia a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, retomando el 3.53 con el indicador de Quetelet, se destaca que las enfermeras de forma general 37.2% está dentro de los parámetros normales, por género se acentúa el femenino con un 34.5% de términos normales y por parte de masculinos resalta normal, sobre peso o exceso de riesgo como obesidad moderada con (3) enfermeros con un 2.7%; en cambio el mínimo de femenino es bajo peso (2) con un 1.81%, no se puede dejar de mencionar que se arroja también obesidad moderada (5) con un 4.54% en las mujeres. El personal de enfermería con obesidad, que alcanza en términos generales se matiza una obesidad 32.7% de ello el 29.09% son mujeres y en hombres son el 3.63% (ver tabla 6) (ver figura 8)

**Tabla 6 de contingencia Índice de Masa Corporal y Genero**

		Genero		Total
		Masculino	Femenino	
		f	f	
Índice de Masa Corporal	Bajo peso menor de 18.4	0	2	2
	Normal 18.5 a 24.9	3	38	41
	Sobre peso o exceso de riesgo 25 a 29.9	3	28	31
	Obesidad leve 30 a 34.9	1	27	28
	Obesidad moderada 35 a 39.9	3	5	8
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>110</b>

Fuente: cedula de factores personales (Lezama, 2016)

Para dar respuesta al objetivo específico número 1.3.2.2 Determinar de la actividad física que dice idéntica la actividad física en el personal de enfermería del Hospital Regional Puebla ISSSTE, se identificó que: la media de la sumatoria de los datos fue de  $\bar{X} = 17.68$  (DE= 4.64) min de 8 y el máximo de 30 es decir que existe mayor prevalencia de participantes por encima de la media (55.4%). (Ver tabla 7) (ver figura 9).

Tabla 7: Actividad Física		
N	Válidos	110
	Perdidos	0
	Media	17.68
	Error típ. de la media	.443
	Mediana	18.00
	Moda	21
	Desv. típ.	4.649
	Varianza	21.613
	Rango	22
	Mínimo	8
	Máximo	30
	Suma	1945

Fuente: Cuestionario del estilo de vida II: la subescala de actividad física, Walker, Sechrist y Pender, 1995.

Para dar respuesta al objetivo específico número 1.3.2.3. que dice; determinar la percepción de los beneficios en el personal de enfermería del Hospital Regional Puebla ISSSTE, se visualizó que: la media de la sumatoria de los datos fue de  $\bar{X}= 45.23$  (DE= 10.96), con una mínima de 29 y el máximo de 73 por lo tanto existe mayor prevalencia de participantes por encima de la media 27.27%. (Ver tabla 8)(ver figura 10)

Tabla 8: Beneficios		
N	Válidos	110
	Perdidos	0
Media		45.23
Error típ. de la media		1.045
Mediana		43.50
Moda		29 <sup>a</sup>
Desv. típ.		10.961
Varianza		120.141
Rango		44
Mínimo		29
Máximo		73
Suma		4975

Fuente: Instrumento de Percepción de los Beneficios y las Barreras para hacer actividad física, Sechrist, Walker & Pender, 1985.

Para dar respuesta al objetivo específico número 1.3.2.4. que dice; Determinar la percepción de las barreras en el personal de enfermería del Hospital Regional Puebla ISSSTE, se visualizó que: la media de la sumatoria de los datos fue de  $\bar{X}= 39.71$  (DE= 6.43), con una mínima de 25 y el máximo de 53 por lo tanto existe mayor prevalencia de participantes por encima de la media, 24%. (Ver tabla 9) (ver figura 11)

Tabla 9: Barreras		
N	Válidos	110
	Perdidos	0
Media		39.71
Error típ. de la media		.614

Mediana	39.00
Moda	40
Desv. típ.	6.437
Varianza	41.438
Rango	28
Mínimo	25
Máximo	53
Suma	4368

Fuente: Instrumento de Percepción de los Beneficios y las Barreras para hacer actividad física, Sechrist, Walker & Pender, 1985.

Se visualiza la prueba de Kolmogorov-Smirnov con un grado de concordancia de .662 del estudio y en tanto se comprueba que el nivel de significancia es mayor que 0.05 por lo tanto se visualiza el nivel de significación del sig. Asintomático (bilateral), con una aceptación con un .774, la distribución es normal. (Ver tabla 10)

<b>Tabla: 10 Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra</b>	
	<u>BENEFICIOS Y BARRERAS</u>
N	110
Z de Kolmogorov-Smirnov	.662
Sig. asintót. (bilateral)	.774

Tal y como lo describe la tabla 11: se puede identificar que existe una correlación negativa  $r = -0.15$  es decir a mayor beneficios menor barreras y mayor actividad física, así también a menor beneficios mayor barreras y menor actividad física.

<b>Tabla: 11 de Correlaciones</b>		
		<u>BENEFICIOS Y BARRERAS</u>
ACTIVIDAD FÍSICA	r	-.155
	Sig. (bilateral)	.106
	N	110

Con relación a la tabla se puede visualizar el nivel crítico de significado es de .106, es mayor de 0.05; está asociado a una hipótesis aceptable. Pero no se puede dejar de mencionar que hay diferencia de la media significativa entre los dos grupos. (Ver tabla 12)

<b>Tabla 12: Análisis de varianza (ANOVA)</b>						
Modelo		Suma de	gl	Media	F	Sig.
		cuadrados		cuadrática		
1	<u>Regresión</u>	56.527	1	56.527	2.655	.106 <sup>a</sup>
	<u>Residual</u>	2299.337	108	21.290		
	<u>Total</u>	2355.864	109			

a. Variables predictoras: (Constante), BENEFICIOS Y BARRERAS

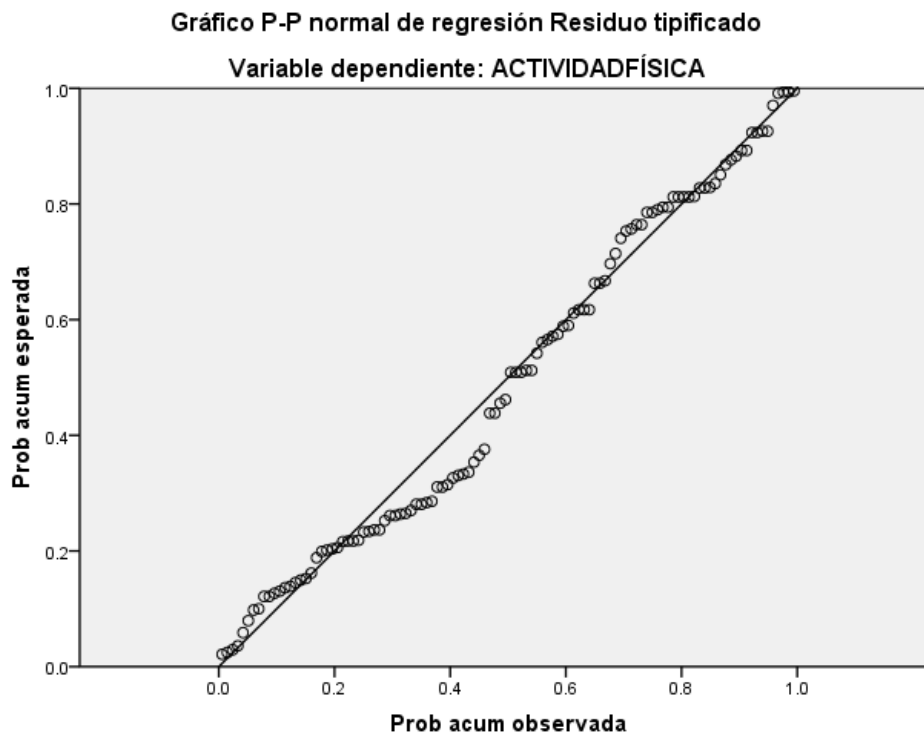
b. Variable dependiente: ACTIVIDAD FÍSICA

El coeficiente de correlación, es la medida de concordancia de datos ordinales, teniendo un -05, con un error asintomático de 0.034; teniendo un nivel de significación de 0.106 (ver tabla 13)

<b>Tabla 13: Coeficientes</b>						
Modelo		Coeficientes			t	Sig.
		Coeficientes no estandarizados		tipificados		
		B	Error típ.	Beta		
1	<u>(Constante)</u>	22.324	2.883		7.744	.000
	<u>BENEFICIOS Y BARRERAS</u>	-.055	.034	-.155	-1.629	.106

a. Variable dependiente: ACTIVIDAD FÍSICA

Figura 3. Diagrama de dispersión de la correlación de actividad física con beneficios y barreras, con una tendencia positiva de las variables con una actividad directa.



## Capítulo IV

### 5. Discusión y Conclusión

#### 5.1 Principales hallazgo.

Tomando en cuenta que el modelo de teórico de Pender maneja el supuesto a mayores percepciones de beneficios, menos barreras, se puede aceptar la hipótesis planteada. La relación de la percepción de beneficios y barreras con la actividad física, existe una correlación negativa lo cual nos indica que a mayores beneficios y barreras menor actividad física, y a mayor actividad física menores beneficios y barreras

#### 5.2 Interpretación y discusión de resultados

Este estudio tuvo como propósito conocer la relación la entre la percepción de beneficios y barreras entre la actividad física del profesional de enfermería del hospital

regional puebla ISSSTE, de ahí se derivan cuatro objetivos específicos de los cuales a continuación se describe sus hallazgos:

Los principales hallazgos con respecto a las características de la muestra del estudio fueron:

- a) Existe mayor prevalencia del género femenino con respecto a la edad, la muestra está constituida principalmente por adultos maduros, lo cual es comparable con la investigación realizada por Becerra y Cols en 2008; para esta investigación el mayor porcentaje de las profesionales de enfermería es casada, seguido de solteros. b) En el caso de la actividad física, los resultados mostraron que los participantes de encontraban por encima de la media, es decir que la actividad física era moderada, al compararlo con la investigación de Leguado y Gómez en el 2014, se encuentran resultados similares, ya que la actividad física reportada en la investigación manifiesta como frecuente la realización de actividad física. C) La percepción de los beneficios para la práctica del ejercicio fue, de baja a moderada, con una  $\bar{X} = 45$ , al contrario que lo reportado por Fernández y Roperó en el 2015, cuyos resultados son altas percepciones de beneficios para la práctica del ejercicio. d) Los resultados obtenidos para la percepción de las barreras fue de moderados a altos, contradictorio a Fernández y Roperó en el 2015 con moderadas barreras, tomando en cuenta que el modelo teórico de Pender maneja el supuesto a mayores percepciones de beneficios, menores barreras podemos aceptar la hipótesis planteada al inicio de la investigación. E) En cuanto a la relación de la percepción de beneficios y barreras con la actividad física, existe una correlación negativa lo cual nos indica que a mayores beneficios y barreras menor actividad física, y a mayor actividad física menores beneficios y barreras, es importante mencionar que durante la búsqueda bibliográfica no se encontró estudios que utilizaran el HPLP en su dimensión de actividad física correlacionado con el EBBS por tal motivo no hubo investigación con la que se pudiera comparar dicho resultados sin embargo el supuesto número cinco de la teoría menciona que “la eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica” lo cual nos permite entender que la relación es inversamente proporcional.

### **5.3 Conclusión**

Con respecto a los factores personales se identifica que existe mayor prevalencia en la edad adulta, así también se enmarca el estado civil en el personal de enfermería predomina las casadas como las solteras. Con la respuesta de la actividad física se identifica con mayor prevalencia del participante por encima de la media 55.4%. Y con los beneficios se da una percepción con mayor prevalencia de enfermería por encima de la media 27.27%. La percepción de las barreras se manifiesta la existencia de mayor prevalencia de participantes por encima de la 24%. Por tanto existe una relación de percepción de beneficios y barreras con actividad física, en que hay una correlación negativa donde indica que mayor beneficios y barreras menos actividad física así como también a mayor actividad física menor beneficios y barreras.

#### **5.4. Recomendaciones**

Es necesario que el profesional de enfermería tenga un plan de vida donde organice e integre un estilo de vida saludable, que reconozca donde es necesario corregir hábitos implementando la actividad física inhibiendo las barreras y reconociendo los beneficios, contribuyendo en sus acciones diarias, adquirido un compromiso para sí misma.

## **6. Referencias**

- Andrade O. É., Padilla R, N. y Ruiz P, M. L. (2013, Julio) Barreras percibidas y nivel de actividad física en adultos mayores de Aguascalientes, Ags. *Enfermería Global*. (31), 34-42. [en línea]. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834850003>
- Aristizábal H., G. Patricia, Blanco B., D. Marlene, Sánchez R., Araceli, Ostiguín M., Rosa María (2011, Octubre / Diciembre) El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria* Artículo de revisión. *Universitaria ENEO-UNAM*. México. 8. (4), 16-25
- Becerra M., M. M. y Díaz H., P. L. (s, f) Niveles de actividad física, beneficios, barreras y autoeficacia en un grupo de empleados oficiales. *Universidad Nacional de Colombia*. [en línea]. Recuperado de:  
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12897/13657>
- Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE) e Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2014). Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico, Resultados de mayo 2014, 24
- Fernández R., Carmen A.; Roperó G, Fabián A. (Septiembre, 2015) Percepción de beneficios, barreras y nivel de actividad física de estudiantes universitarios. *Investigaciones Andinas*, Fundación Universitaria del Área Andina. Pereira, Colombia. Vol. 17, núm. 31, pp. 1391-1406
- Fontana, R.J., Grasso, L. y Pinto, M. F. (2014) Beneficios percibidos por adultos mayores que asisten a un programa de actividad física, *Universidad de Buenos Aires*, [en línea]. Recuperado en: <http://www.aacademica.com/000-035/23>
- Gobierno de la Republica (2013) Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México. Págs.183.
- Gobierno de la Rioja (2015) La actividad física y las enfermedades cardiovasculares. *Rioja Salud*. España. Págs. 3 [en línea]. Recuperado en:  
<http://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/cardiologia/la-actividad-fisica-y-las-enfermedades-cardiovasculares?showall=&limitstart=>
- Gómez, de B. (2014, Diciembre). Creencias y comportamientos saludables relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles en asistentes al Programa AsuRiesgo del

Instituto de Previsión Social. Memorias del Instituto de investigaciones en ciencias de la salud, 12(2).

Instituto Costarricense del deporte y la recreación [ICODER], Organización Panamericana de la Salud [OPS], Red Costarricense de Actividad Física y Salud [RECAFIS] Y Ministerio de Salud de Costa Rica (2011, Agosto) Plan nacional de actividad física y salud 2011-2021. San José, Costa Rica, 28

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2015). México en cifras, información nacional, por entidad federativa y municipios Puebla. [en línea]. Recuperado en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=21>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2012a) México - Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social 2012, México. [en línea]. Recuperado en: <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/78/datafile/F3/V473>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2012b, Diciembre). Perspectivas estadísticas Puebla. México, 102

Instituto Nacional de estadística y geografía [INEGI] (2013). Sistema de Cuentas Nacionales de México, Cuentas satélite del sector salud de México 2013. México, 8

Instituto Nacional de Salud Pública (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, resultado por entidad federativa, Puebla. México, 112

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], (2010) PrevenISSSTE: cerca de ti, Manual del usuario, 13 [en línea]. Recuperado en: <http://iems.df.gob.mx/pdfs/prevenissste.pdf>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE] (s.f.) PrevenISSSTE: cerca de ti. [en línea]. Recuperado de: <https://prevenissstecercadeti.wordpress.com/prevenissste/>

Laguado, J., E. y Gómez, D., M.P. (2014, Junio) Estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la universidad cooperativa de Colombia. Hacia la Promoción de la Salud, 19 (1) [en línea]. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772014000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772014000100006&script=sci_arttext)

- Marriner A, Raile M. (2008) Modelos y teorías de enfermería. 6° Ed. Ed. Elsevier Mosby. España, Págs. 818
- Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD], Instituto Nacional de Salud [INS] y Observatorio Nacional de Salud [ONS]. (2015, Julio) Carga de enfermedades por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Informe técnico Observatorio Nacional de Salud. Colombia. Imprenta nacional de Colombia, 233
- Moreno V., R. (2012, Enero) 2.2 Salud para todos los poblanos. 1er. Informe de Gobierno de Puebla. México, 34
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015a) Actividad Física. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado en: [en línea]. Recuperado de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015b). Diabetes. [en línea]. Recuperado en: [http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es/](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015c) Enfermedades Cardiovasculares. [en línea]. Recuperado en: [http://www.who.int/topics/cardiovascular\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/)
- Organización Mundial de la salud [OMS] (2015d) Dieta y actividad física. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [en línea]. Recuperado en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/es/>
- Organización Mundial de la Salud b [OMS] (2015, Enero) Enfermedades no transmisibles. [en línea]. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Organización Mundial de Salud [OMS] (2015f, Enero) Obesidad y sobrepeso no.311 [en línea]. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015g, Enero) Cada año, las enfermedades no transmisibles provocan 16 millones de defunciones prematuras, por lo que OMS insta a redoblar esfuerzos. [en línea]. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/es/>

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015h, Agosto) Genero. Nota descriptiva no. 403. [en línea]. Rescatado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014a, Febrero) Actividad física. Centro de prensa. (384) Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014b) Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 “Cumplimiento de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles: una responsabilidad compartida”. Ginebra, Suiza. Págs. 17
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013, Marzo) Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, 44
- Organización Mundial de Salud [OMS], Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Gobierno Federal de Salud [GFS]. (2011, Febrero). Consulta Regional de Alto Nivel de las Américas contra las ECNT y la obesidad. Págs.48
- Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud. [OPS] (2014, Septiembre) Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. 53. ° Consejo Directivo, 66ª Sesión del comité regional de la OMS para las Américas. Págs.154
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). Enfermedades no transmisibles y discapacidades. [en línea]. Recuperado en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=771&Itemid=40030](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=771&Itemid=40030)
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2015, Marzo). La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y mejorar el acceso al tratamiento. [en línea]. Recuperado en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es)

- Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de Salud [OMS] (2012) Intervenciones eficaces en materia de régimen alimentario y actividad física. 52
- Pender, Nola J. (2011) Heath Promotion Model Manual, University of Michigan, 16. [en línea]. Recuperado en: <http://hdl.handle.net/2027.42/85350>
- Robledo M., R. (2010). Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. Boletín del observatorio en salud, 3(4), [en línea]. Recuperado en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/view/17968/18857>
- Secretaria de Salud del Estado de Puebla. (2011, Octubre). Actualización del Programa Sectorial de Salud 2011-2017. México, 152
- Secretaria de Salud del Estado de Puebla. (2013). Actualización del Programa Sectorial de Salud 2011-2017, 20
- Secretaria de Salud del Estado de Puebla. (2014). Prevención y revisión médica fundamentales para el control del sobrepeso y diabetes: SSEP. [en línea]. Recuperado en: <http://ss.pue.gob.mx/index.php/noticias-y-eventos/todos/item/2732-prevencion-y-revision-medica-fundamentales-para-el-control-del-sobrepeso-y-diabetes-ssep>
- Secretaria de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica [SNAVE] y Dirección General de Epidemiología [DGE]. (s, f) Boletín Epidemiológico Diabetes Mellitus tipo 2 primer trimestre-2013, 25
- Secretaria de Gobernación [SEGOB] (2013, Diciembre). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Diario Oficial de la Federación. México, 59
- Secretaria de Salud (2014). Alimentación y actividad Física 2013-2018, Programa de Acción Específico. Programa sectorial de salud. México, 124
- Secretaría de Salud (2008, Enero) Programa Sectorial de Salud 2007-2012, Diario Oficial (3° Sección). México, 13
- Secretaria de Salud del Estado de Puebla (s, f) Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes del Estado de Puebla. Puebla. 65

Sechrist, K. R., Walker, S. N., y Pender, N. J. (1997) Health Promotion Model - Instruments to Measure HPM Behavioral Determinants : Exercise Benefits/Barriers Scale [EBBS] (Adult Version). University of Michigan. [en línea]. Recuperado de: [http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85354/EBBS-Spanish\\_Version.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85354/EBBS-Spanish_Version.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

## Apéndices

### **Consentimiento Informado del Estudiante del Programa Educativo de Maestría en Ciencias de la Enfermería**

**Título del Proyecto:** Actividad física relacionada con beneficios y barreras de enfermería del Hospital Regional “Puebla” ISSSTE

**Investigadores Responsables:** LE. Lourdes Lezama Flores

ME. Ma. del Rosario López Huerta

**Prólogo:** Estamos interesados en conocer las características de algunas variables que componen el estilo de vida en los estudiantes de licenciatura, por lo que te estamos invitando a participar en este estudio, si tu aceptas darás respuesta a las preguntas de una cédula y 2 cuestionarios, en el horario disponible dentro de tus actividades académicas. Antes de decidir si quieres o no participar, necesitas saber el propósito del estudio y lo que debes hacer después de dar tu consentimiento. Este procedimiento se llama **consentimiento informado**, este instructivo te explicará el estudio, si decides participar, te pediremos que firmes esta forma de consentimiento. Si lo consideras necesario se te entregará una copia.

**Propósito del Estudio:** El estudio pretende describir el estilo de vida de los estudiantes de licenciatura. La información que compartas será usada para elaborar propuestas que guíen al diseño de intervenciones educativas, orientadas a mantener o mejorar el crecimiento espiritual, el manejo de estrés, la actividad física, las relaciones interpersonales, la nutrición y la conducta de responsabilidad en salud en los estudiantes de licenciatura. Por tal motivo, la información que nos proporciones será de gran utilidad. Se pretende aplicar esta cédula y 2 cuestionarios a todos los estudiantes de Licenciatura, de 18 a 25 años de edad. Por favor, lee este documento y realiza todas las preguntas que tengas antes de firmar este consentimiento para que seas parte de este grupo de estudio.

#### **Descripción del Estudio/ Procedimiento**

1. Si tú aceptas participar en el estudio te pediremos que firmes esta forma de consentimiento informado.
2. La cédula y los cuestionarios serán aplicados dentro de la universidad; se te protegerá cuidando en todo momento tu privacidad, no identificándote por tu nombre, ni dirección.
3. Además se te informa que esto no tendrá ninguna repercusión en tu vida académica (calificaciones y trato de maestros contigo).
4. Tendrás la libertad de retirar tu consentimiento en cualquier momento y en caso de que desees dejar de participar, con la plena seguridad de que no tendrás ningún perjuicio en tus actividades académicas.

#### **Riesgos e inquietudes:**

No existen riesgos relacionados con tu participación en el estudio. Si te sientes indispuesto o no desea seguir hablando de este tema puedes retirarte en el momento que tú lo decidas.

#### **Beneficios esperados:**

En este estudio no existe un beneficio personal por participar; pero si debes saber que en un futuro con los resultados de este estudio se podrán diseñar y aplicar intervenciones educativas en el mejoramiento del estilo de vida de los estudiantes de licenciatura en enfermería.

**Alternativas:**

La única alternativa para este estudio implica no participar en el estudio.

**Costos:**

No hay ningún costo para participar en el estudio.

**Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:**

Las únicas personas que conocerán que tú participaste en el estudio, eres tú y los autores del estudio. Ninguna información sobre ti será dada a conocer, ni se distribuirá a ninguna persona. Los resultados de la cédula y el cuestionario serán publicados en un artículo científico pero únicamente de manera general, nunca se presentará información personal. Recuerda que la cédula y el cuestionario que tú contestes son anónimos y la información es confidencial.

**Derecho de Retratar:**

Tu participación en este estudio es voluntaria, la decisión de participar o no participar no afecta tu relación actual con ninguna institución de salud o educativa. Si decides participar estas en libertad de retractarte en cualquier momento sin afectar en nada tus derechos como estudiante.

**Preguntas:**

Si tienes alguna pregunta sobre tus derechos como participante de este estudio por favor comunícate con los autores principales del estudio la L.E. Lourdes Lezama Flores y ME. Ma. del Rosario López Huerta, quienes se encuentran en la Coordinación Académica de Posgrados de Enfermería del la Dirección de Posgrados en Salud de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), al teléfono 2-29-94-00 extensión 7848. Lada sin costo (01 800) 224 220 00. Dirección 9 poniente 1712, Colonia Santiago, Puebla Pue.

**Consentimiento:**

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

---

Firma del Participante

---

Firma del Investigador Principal

---

Fecha

---

Fecha

## FACTORES PERSONALES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE PUEBLA (2015)

FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO LA RESPUESTA CONFORME A TU MOMENTO DE VIDA.

<b>1. Género:</b>	Masculino		Femenino	
<b>2. Grupo de edad al que perteneces:</b>				
20 a 30		31 a 40		41 a 50
				51 a 60
				61 a más
<b>3. Estado Civil:</b>				
Soltera (o)		Casada (o)		Viuda (o)
				Divorciada (o)
Separada (o)				Unión libre
<b>4. Lugar de nacimiento:</b>				
		Puebla		Interior del País
<b>5. Área laboral:</b>		Clínica		Hospital
				Quirófano
<b>6. Nivel Académico:</b>				
Auxiliar de Enfermería			Enfermera Técnica General	
Enfermera General			Enfermería con Postécnico	
Enfermera Especialista			Maestría en Enfermería	
<b>Peso :</b>			<b>Talla:</b>	
<b>7. Índice de masa corporal :</b>				
<b>Estatus de sobre peso/obesidad:</b>				
Bajo peso menor de 18.5			Normal 18.5 a 24.9	
Sobre peso o exceso de riesgo 25 a 29.9:				
<b>Obesidad:</b>				
Obesidad leve 30 a 34.9			Obesidad moderada 35 a 39.9	
Obesidad mórbida por encima de 40				

**Instrumento para Medir la Percepción de los Beneficios y las Barreras para la práctica del Ejercicio**

INSTRUCCIONES: A continuación hay una lista de declaraciones acerca de algunas ideas sobre el hacer ejercicio. Por favor indique con una marca cuan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes declaraciones.

	Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1. Yo disfruto el hacer ejercicio.	CA	DE	ED	CD
2. Hacer ejercicio disminuye mi estrés y tensión.	CA	DE	ED	CD
3. Hacer ejercicio mejora mi salud mental.	CA	DE	ED	CD
4. Hacer ejercicio toma mucho tiempo de mí.	CA	DE	ED	CD
5. Haciendo ejercicio, prevengo ataques al corazón.	CA	DE	ED	CD
6. Hacer ejercicio me cansa.	CA	DE	ED	CD
7. Hacer ejercicio aumenta la fuerza de mis músculos (fortaleza muscular).	CA	DE	ED	CD
8. Hacer ejercicio me da un sentido de logro personal.	CA	DE	ED	CD
9. Los lugares en que yo puedo hacer ejercicio están muy lejos.	CA	DE	ED	CD
10. Hacer ejercicio me hace sentir relajado(a).	CA	DE	ED	CD
11. Hacer ejercicio me permite tener contacto con mis amistades y con personas que me agradan.	CA	DE	ED	CD
12. Me da mucha vergüenza hacer ejercicio.	CA	DE	ED	CD
13. Hacer ejercicio evitará que me dé alta presión (hipertensión).	CA	DE	ED	CD
14. Hacer ejercicio cuesta mucho dinero.	CA	DE	ED	CD
15. Hacer ejercicio mejora mi condición física (acondicionamiento físico).	CA	DE	ED	CD
16. Los lugares para hacer ejercicio no tienen horarios convenientes para mí.	CA	DE	ED	CD
17. Mi tono muscular mejora haciendo ejercicio.	CA	DE	ED	CD
18. Hacer ejercicio mejora el funcionamiento de mi corazón (sistema cardiovascular).	CA	DE	ED	CD
19. Yo me fatigo cuando hago ejercicio.	CA	DE	ED	CD
20. Cuando hago ejercicio, mi sentido de bienestar mejora.	CA	DE	ED	CD

	Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
21. Mi esposo(a)/compañero(a) o ser más querido no apoya el hacer ejercicio.	CA	DE	ED	CD
22. Hacer ejercicio aumenta mis energías (estamina).	CA	DE	ED	CD
23. Hacer ejercicio mejora mi flexibilidad.	CA	DE	ED	CD
24. Hacer ejercicio toma mucho tiempo de las relaciones familiares.	CA	DE	ED	CD
25. Mi disposición (animo) mejora cuando hago ejercicio.	CA	DE	ED	CD
26. Hacer ejercicio me ayuda a dormir mejor por la noche.	CA	DE	ED	CD
27. Voy a vivir más tiempo si hago ejercicio.	CA	DE	ED	CD
28. Yo pienso que las personas en ropa de hacer ejercicio se ven graciosas.	CA	DE	ED	CD
29. Hacer ejercicio me ayuda a disminuir la fatiga.	CA	DE	ED	CD
30. Hacer ejercicio es una buena forma para yo conocer nuevas personas.	CA	DE	ED	CD
31. Mi vigor físico (fortaleza física) mejora por medio del ejercicio.	CA	DE	ED	CD
32. Hacer ejercicio mejora el concepto que tengo de mí mismo(a).	CA	DE	ED	CD
33. Los miembros de mi familia no me animan a hacer ejercicio.	CA	DE	ED	CD
34. Hacer ejercicio aumenta mi agilidad mental.	CA	DE	ED	CD
35. Hacer ejercicio me permite llevar a cabo actividades normales sin que me canse.	CA	DE	ED	CD
36. Hacer ejercicio mejora la calidad de mi trabajo.	CA	DE	ED	CD
37. Hacer ejercicio toma mucho tiempo de mis responsabilidades familiares.	CA	DE	ED	CD
38. Hacer ejercicio es un buen entretenimiento para mí.	CA	DE	ED	CD
39. Hacer ejercicio aumenta la aceptación que otros tienen de mí.	CA	DE	ED	CD
40. Hacer ejercicio es un trabajo duro para mí.	CA	DE	ED	CD
41. Hacer ejercicio mejora el funcionamiento general de mi cuerpo.	CA	DE	ED	CD
42. Hay muy pocos lugares para yo hacer ejercicio.	CA	DE	ED	CD
43. Hacer ejercicio mejora mi apariencia física.	CA	DE	ED	CD

## CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente. Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre, haciendo un círculo alrededor de la respuesta correcta:

**N = nunca, A = algunas veces, M = frecuentemente, o R = rutinariamente**

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Rutinariamente
4. Sigo un programa de ejercicios planificados.	N	A	M	R
10. Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora).	N	A	M	R
16. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.	N	A	M	R
22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).	N	A	M	R
28. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.	N	A	M	R
34. Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar).	N	A	M	R
40. Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.	N	A	M	R
46. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	N	A	M	R

© S.N. Walker, K. Sechrist, N. Pender, 1995.

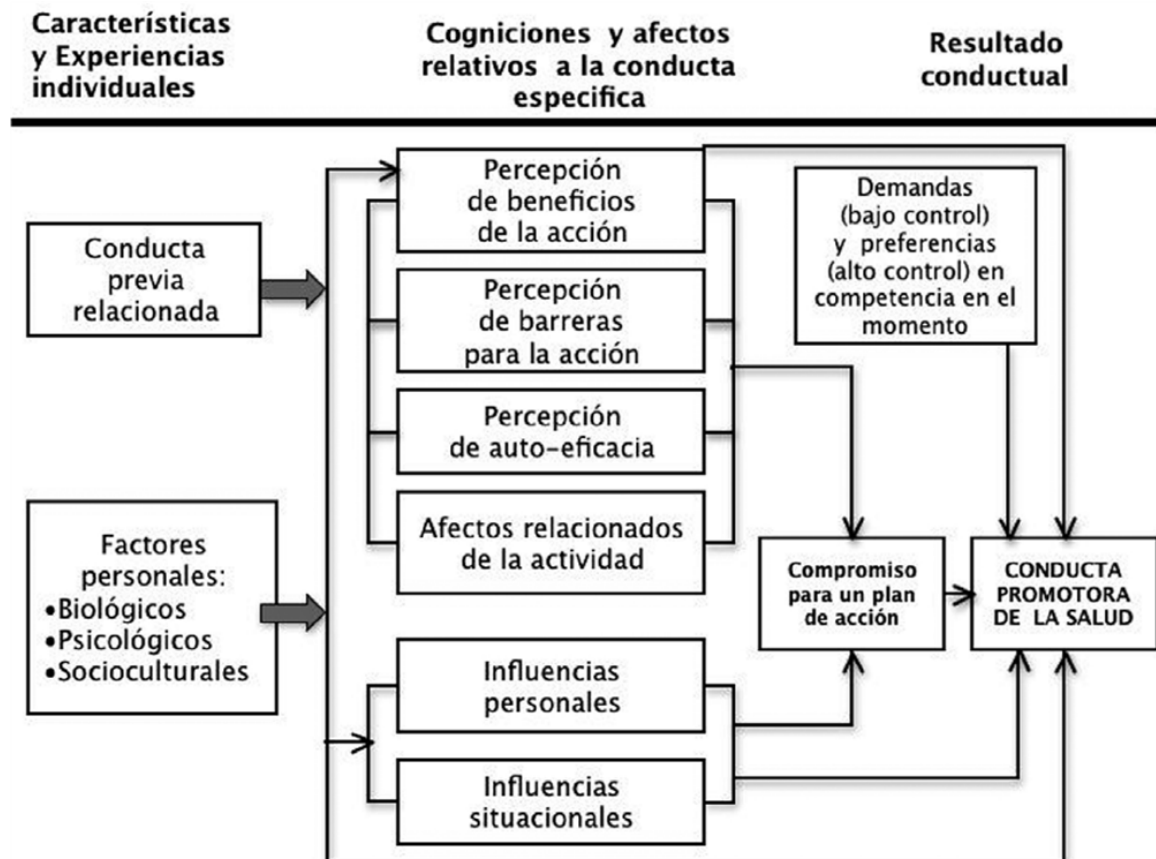
Reproduction without the author's express written consent is not permitted. Se prohíbe la reproducción de este cuestionario sin el permiso de las autoras. Se puede obtener dicho permiso de:

Susan Noble Walker, College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE 68198-5330.



## Figura

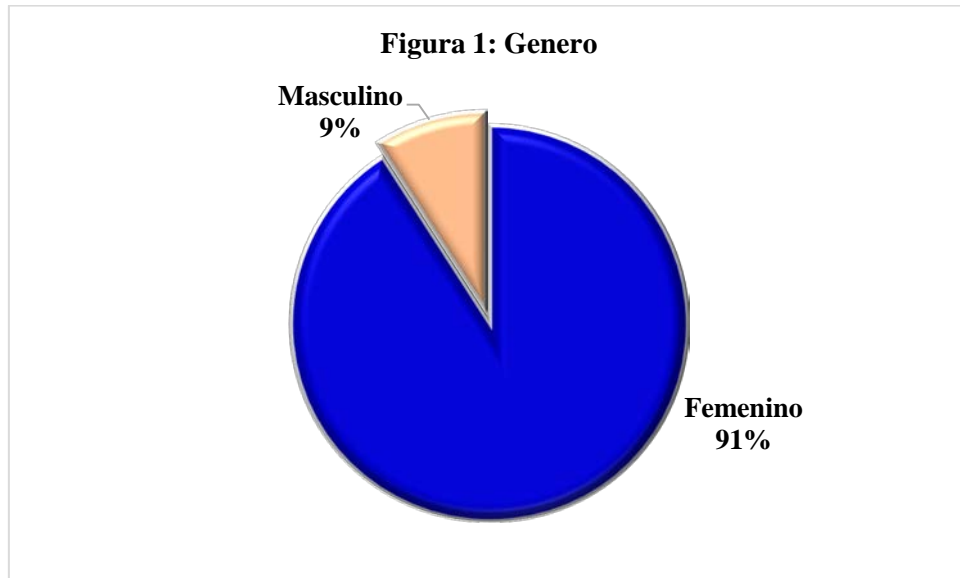
## El modelo de promisión a la salud



Fuente 1: Modelo de promoción de la Salud de Pender1996 (Marriner A, Raile M, 2007)

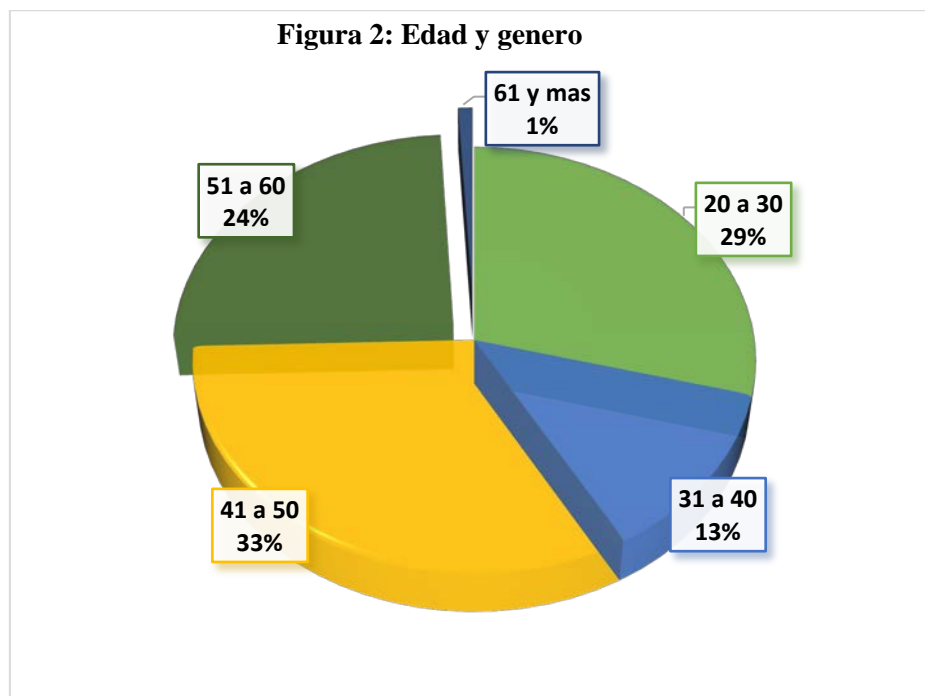
## Figuras

Figura (1)



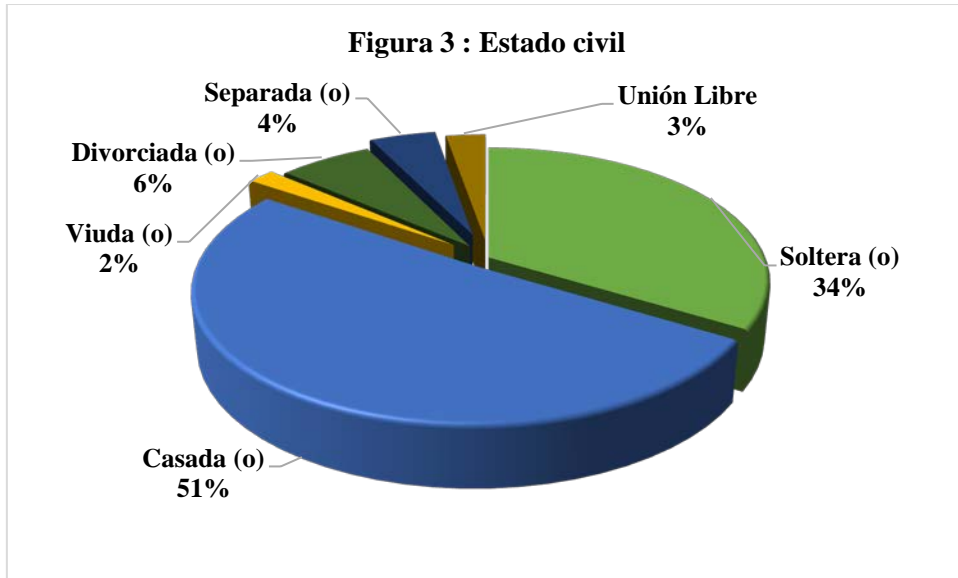
Fuente: cedula de factores personales (Lezama, 2016)

Figura (2)



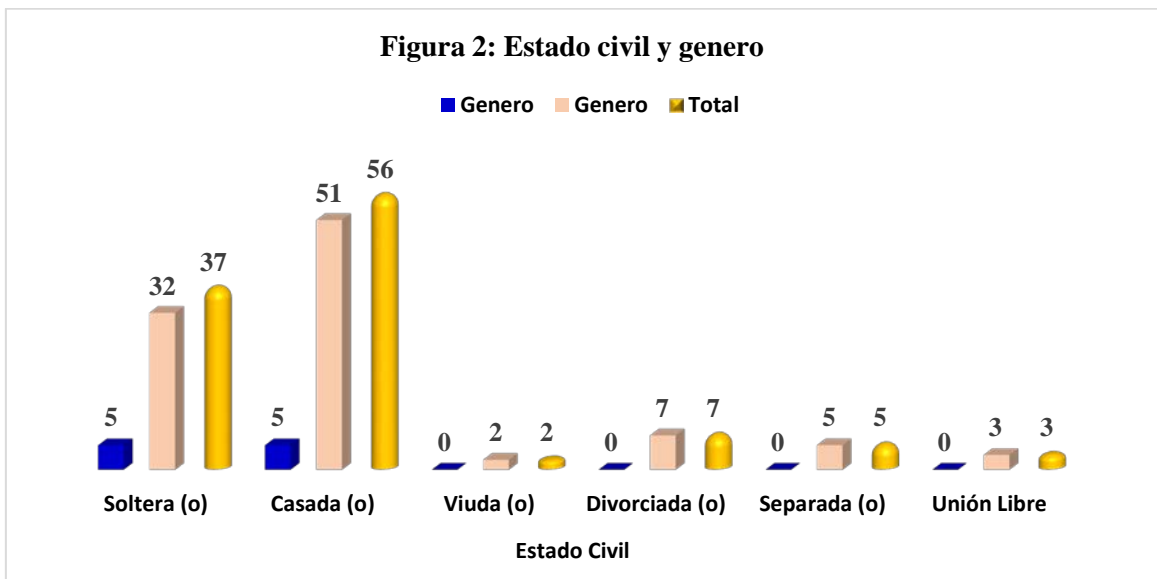
Fuente: cedula de factores personales (Lezama, 2016)

Figura (3)



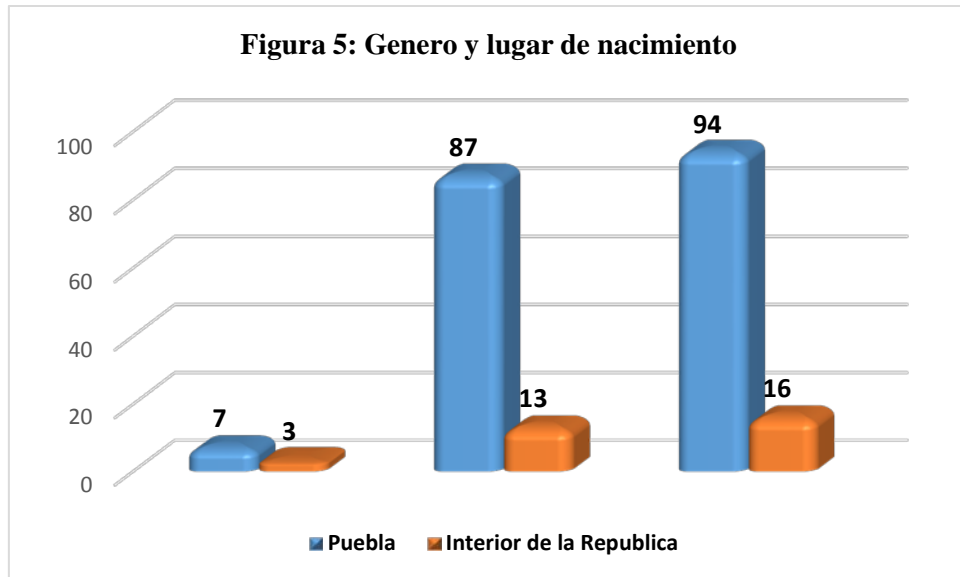
Fuente: cedula de factores personales (Lezama, 2016)

Figura (4)



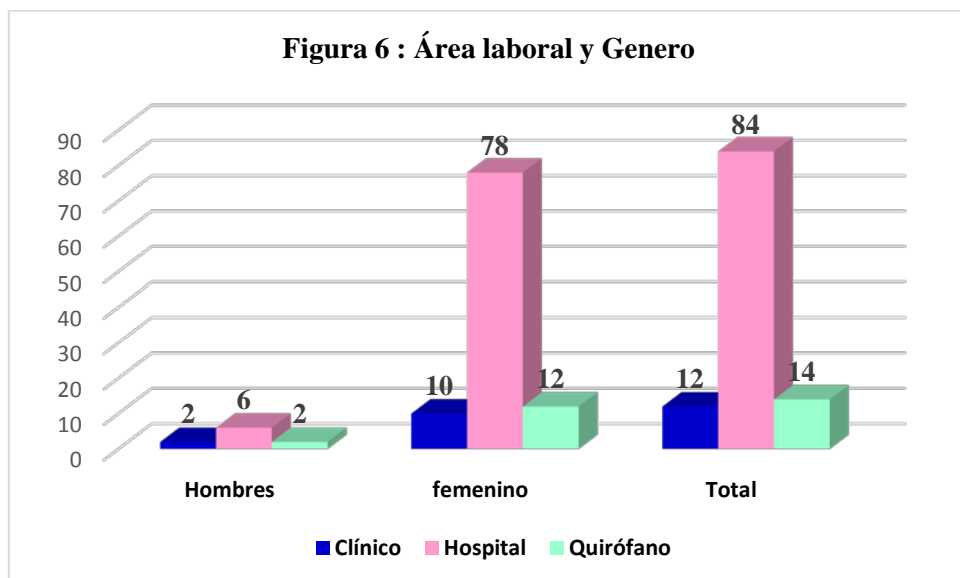
Fuente: cedula de factores personales (Lezama, 2016)

Figura (5)



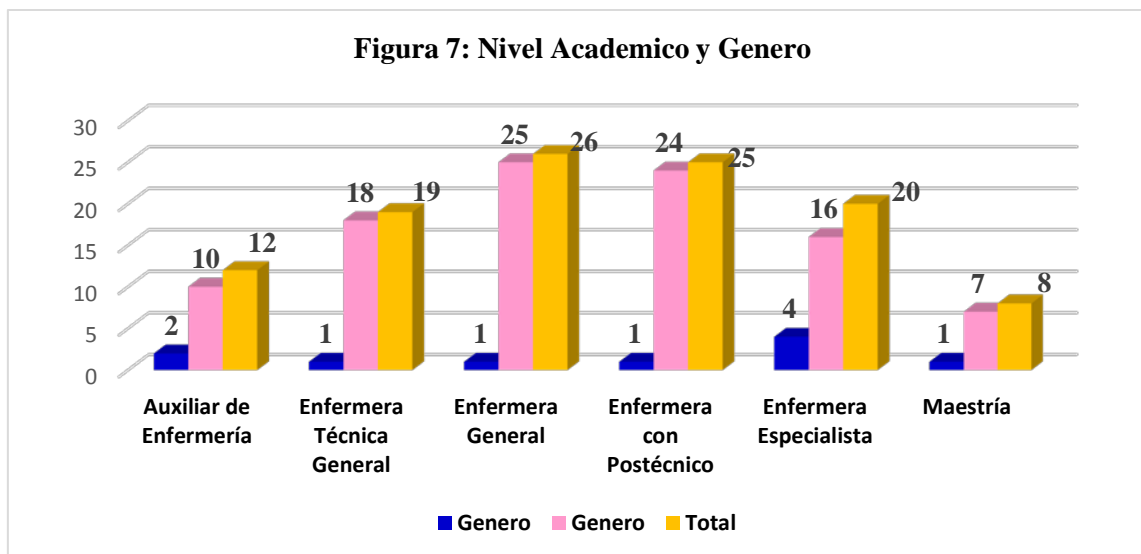
Fuente: cedula de factores personales (Lezama, 2016)

Figura (6)



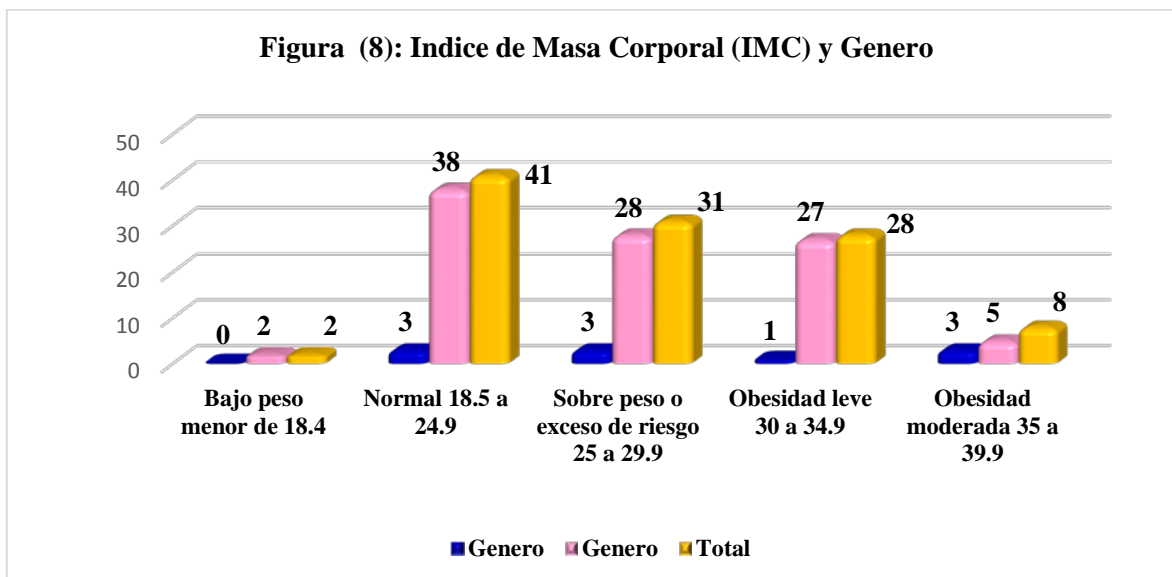
Fuente: cedula de factores personales (Lezama, 2016)

Figura (7)



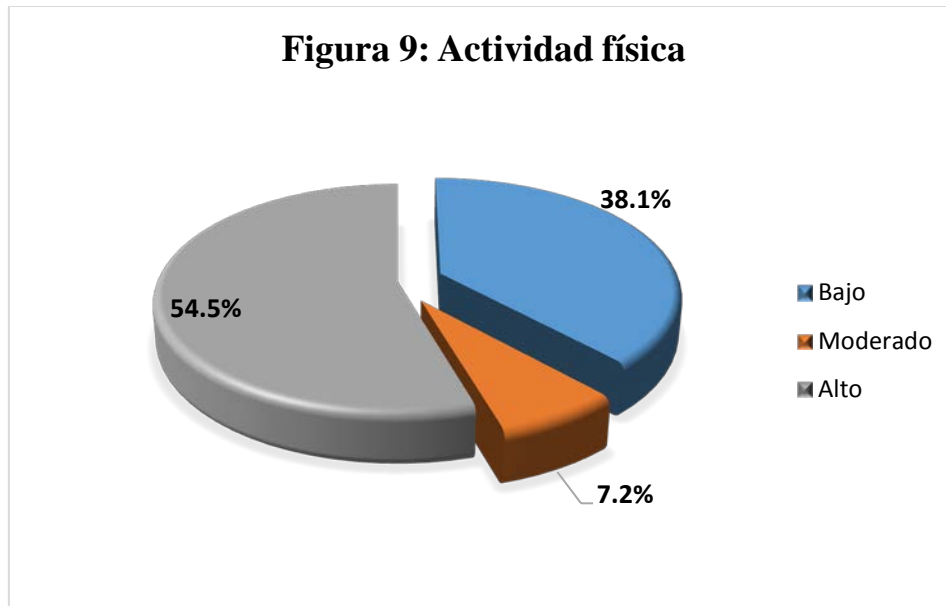
Fuente: cedula de factores personales (Lezama, 2016)

Figura (8)



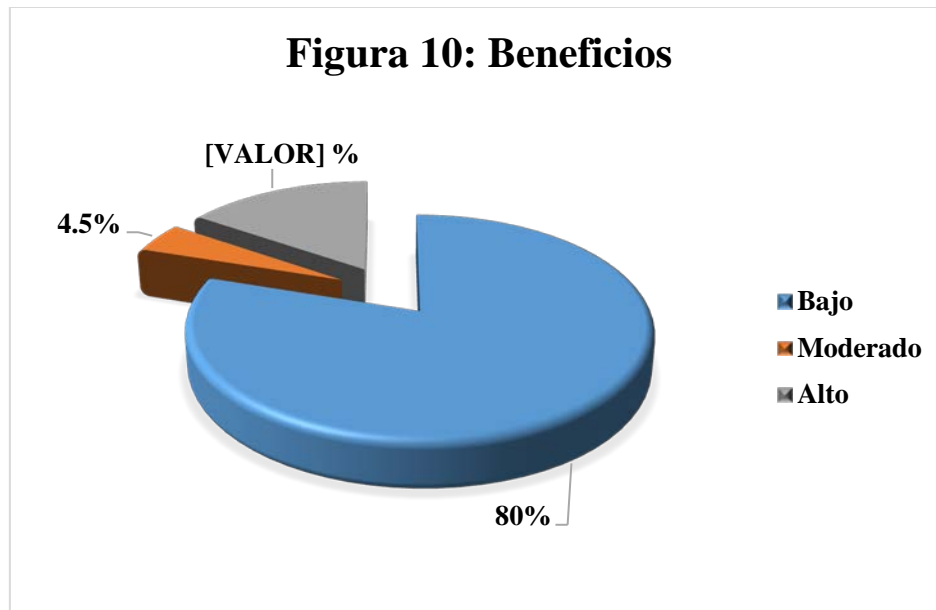
Fuente: cedula de factores personales (Lezama, 2016)

Figura (9)



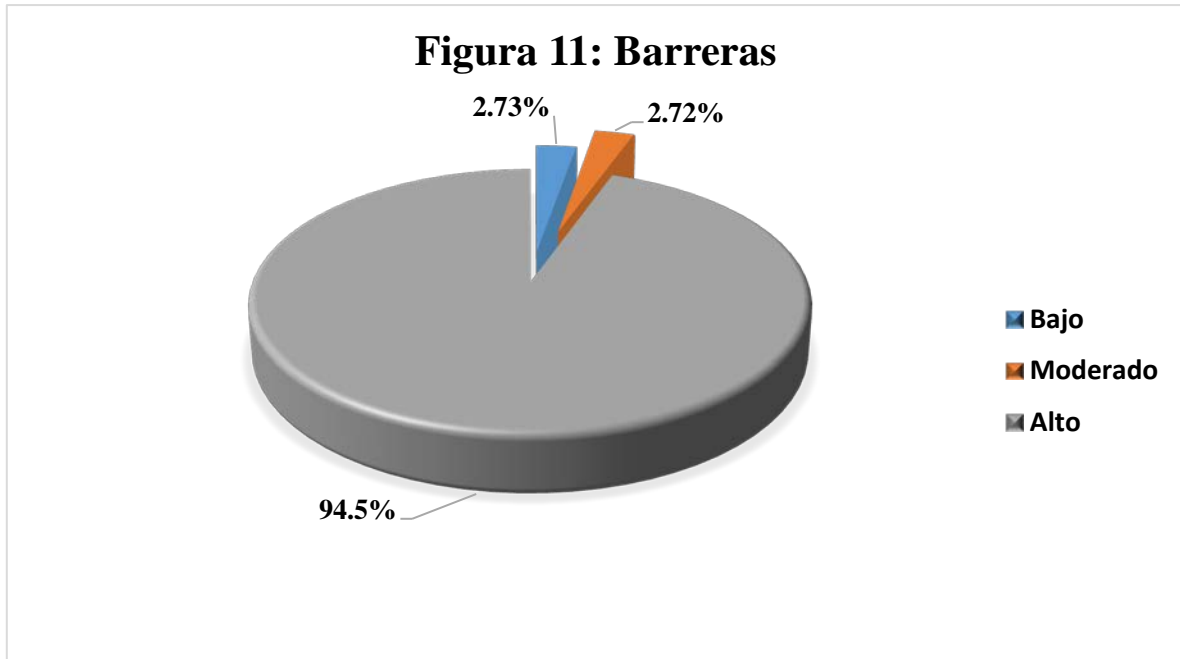
Fuente: Cuestionario del estilo de vida II: la subescala de actividad física, Walker, Sechrist y Pender, 1995.

Figura (10)



Fuente: Instrumento de Percepción de los Beneficios y las Barreras para hacer actividad física, Sechrist, Walker & Pender, 1985.

Figura (11)



Fuente: Instrumento de Percepción de los Beneficios y las Barreras para hacer actividad física, Sechrist, Walker & Pender 1985.

**OFICIO DE SOLICITUD**



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla  
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación  
Decanato Académico de Posgrados en Ciencias de la Salud  
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería

Puebla, Pue. a 02 de Febrero de 2016

**Dra. Luz María Goti Rodríguez**  
Directora del Hospital Regional Puebla, ISSSTE

**PRESENTE:**

Con At'n: Dr. José Luis Medina Rodríguez  
Subdirector Médico

La que suscribe **Mtra. Florentina Salazar Mendoza**, Directora Académica de Posgrados en Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, por medio del presente, me es grato saludarle, así mismo solicitar su valioso apoyo para la **L.E. LEZAMA FLORES LOURDES** con N° ID 121448 y No. de Matrícula 69700188 estudiante del Posgrado en Maestría en Ciencias de la Enfermería generación 2014-2016, pueda ingresar al hospital que Usted dignamente dirige para la aplicación de instrumentos que aportarán datos importantes y con esto llevar a cabo la tesis de titulación que a continuación le detallo:

Nombre:	<b>"Factores personales, Autoeficacia, Beneficios y Barreras de la Actividad Física del profesional en enfermería"</b>
Objetivo	Identificar la relación entre la autoeficacia, beneficios y barreras en la actividad física en profesionales de enfermería del Hospital Regional Puebla ISSSTE, mediante el modelo de promoción de Salud de Nola J. Pender.
Instrumento:	Adjunto copia de instrumentos y consentimiento informado
Periodo:	Del 06 al 13 de febrero de 2016
Población:	Profesionales de Enfermería

Con la finalidad de acreditar el Posgrado, Maestría en Ciencias de la Enfermería, motivo por el cual me permito solicitar a usted de la manera más atenta su autorización para la recolección de datos.

Adjunto a la presente, sírvase encontrar propuestas de los instrumentos.

Agradeciendo de ante mano su invaluable apoyo a esta Universidad, en beneficio de la capacidad del profesional de Enfermería, quedo a sus distinguidas órdenes.

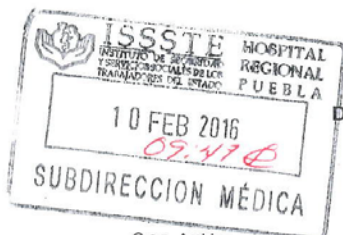
**ATENTAMENTE**  
**"CREAR CORRIENTES DE PENSAMIENTO Y FORMAR LÍDERES**  
**QUE TRANSFORMEN A LA SOCIEDAD"**

**MTRA. FLORENTINA SALAZAR MENDOZA**

Dirección Académica de Posgrados en Enfermería

U.P.A.E.P.

Dirección de  
Posgrados  
en Enfermería



C.c.p. Archivo

Mtra: María del Carmen Calvo Morales / Subjefe de Enseñanza en Enfermería

Posgrados en Enfermería  
9 Poniente 1712. Barrio de Santiago  
CP. 72410, Puebla, Pue. México  
Teléfono: (222) 2 29 94 00 Ext. 7848 y 7713  
www.upaep.mx

