



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

Título de la investigación

**Autoeficacia, Beneficios y Barreras para la Práctica del Ejercicio en
Estudiantes de Licenciatura en Enfermería**

Para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Enfermería

Presenta:

Amanda del Jesús Miss Vera

Asesor(a)

Mtro. María del Rosario López Huerta

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 Wojtyla**

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.

Índice

Resumen-----	5
 Capítulo 1.- Introducción	
1.1 Problema de investigación-----	6
1.2 Justificación -----	11
1.3 Objetivos general y específicos -----	13
1.4 Hipótesis y su correspondencia con el diseño -----	14
 Capítulo 2.- Marco teórico	
2.1 Marco teórico -----	15
2.2 Revisión de literatura-----	19
 Capítulo 3.- Método	
3.1 Enfoque metodológico -----	23
3.2 Diseño de la investigación-----	23
3.3 Población y muestra-----	23
3.3.1 Características de los participantes -----	23
3.3.2 Procedimientos de muestreo -----	23
3.3.3 Tamaño de la muestra -----	24
 3.4 Procedimientos de medición de variables y recolección de datos-----	 24
3.5 Instrumentos de medición -----	24
3.5.1 Descripción -----	24
3.5.2 Validez y confiabilidad -----	26
3.5.3 Análisis de Estadísticas y datos -----	26

Capítulo 4.- Resultados

4.1 Estadística Descriptiva -----	27
4.2 Estadística Inferencia -----	36

Capítulo 5.- Discusión, Conclusión y Recomendación

5.1 Discusión-----	39
5.2 Conclusión-----	42
5.3 Recomendación-----	43

6.- Referencias----- 44**7.- Anexos**

Cuadro de Gantt/Cronograma de trabajo-----	49
--	----

Apéndices

Apéndice A Consentimiento informado-----	50
Apéndice B Cédula de Factores Personales: Biológicos Y Socioculturales de los Estudiantes de Licenciatura en Enfermería (Miss, 2016).-----	52
Apéndice C Escala de Autoeficacia General (EAG) -----	53
Apéndice D Instrumento para medir la Percepción de los Beneficios y las Barreras para la Práctica del Ejercicio [EBBS].-----	54

Índice de figuras

Figura 1. Modelo de Promoción de la salud (Pender, 2011)-----	
Figura 2. Derivación teórica dentro del Modelo Promoción de Salud-----	
Figura 3. Diagrama de dispersión de la relación EAG y el Instrumento EBBS-----	38

Índice de tablas

Tabla 1 Características Biológicas de los Estudiantes de Licenciatura en Enfermería--	27
Tabla 2 Características Socioculturales “Semestre cursando” y “Trabaja”-----	27
Tabla 3 Características Descriptivas del Nivel de Percepción de la EAG-----	28
Tabla 4 Descripción del Valor Teórico y Valor Empírico de la EAG-----	29
Tabla 5 Estadísticos Descriptivos de la Escala de Autoeficacia General-----	30
Tabla 6 Características Descriptivas de EAG en relación a los Factores Personales----	31
Tabla 7 Descripción del Valor Teórico y Valor Empírico del Instrumento EBBS-----	31
Tabla 8 Estadísticos Descriptivos de la Percepción de los Beneficios y las Barreras de la Práctica del Ejercicio-----	32
Tabla 9 Estadística Descriptiva del Nivel de Percepción de la EBBS-----	32
Tabla 10 Estadística Descriptiva del Nivel de Beneficios -----	33
Tabla 11 Estadística Descriptiva de los Beneficios para la Práctica del Ejercicio con las Sub-escalas.-----	34
Tabla 12. Estadística Descriptiva del Nivel de Percepción de las Barreras-----	35
Tabla 14 Estadística Descriptiva de las Barreras para la Práctica del Ejercicio con las Sub-escalas.-----	36
Tabla 14. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.-----	36
Tabla 15. Estadística Inferencial EAG y el Instrumento EBBS. Matriz de correlación de Pearson.-----	37
Tabla 16. Estadística Inferencial EAG y el Instrumento EBBS. Pruebas de Chi-cuadrado de Pearson.-----	37
Tabla 17 Estadística Inferencial EAG y el Instrumento EBBS. Regresión Lineal-----	38

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo principal Identificar la Relación entre la Autoeficacia y la Percepción de los Beneficios y las Barreras para la Práctica del Ejercicio en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal. La población: Todos los estudiantes registrados y matriculados del ciclo escolar (2015-2016) del primero, tercero y quinto semestre de la carrera Licenciatura en Enfermería de una Universidad Particular en el Estado de Puebla. La muestra 152 alumnos seleccionados por muestra censal. Los Instrumento: cédula de factores personales biológicos y socioculturales, la Escala de Autoeficacia General (EAG) y la escala para medir la percepción de los Beneficios y las Barreras para la Práctica del Ejercicio The Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS). Se manejó el programa estadístico SPSS versión 19 para el análisis de los datos, utilizando la Estadística descriptiva e Inferencial para el análisis de Hipótesis con prueba de normalidad Kolmogorv-Smirnov para utilizar análisis Paramétricos, con chi cuadrada de Pearson y regresión lineal simple. Resultados: Consistencia interna de los instrumentos, Alfa de Cron Bach para la EAG (0.84), EBBS escala total (0.78), Beneficios (0.86) y Barreras (0.77). El 84.2% son mujeres, el 37.5% se encuentran entre las edades de 17 a 18 años, el primer semestre es el más representativo y el 43.4% Si trabajan. El Nivel de percepción de EAG es Alto con el 96%. La percepción de EBBS obtiene una $X=122 \pm DE= 13.39$. El Nivel Beneficios es Alto y la afirmación más representativa es: “Voy a vivir más tiempo si hago ejercicio”. El nivel de las Barreras es Bajo representada con: “Hacer ejercicio es un trabajo duro para mí”. El análisis estadístico inferencial mostro una correlación positiva ascendente altas puntuaciones en autoeficacia percibida se encuentran relacionadas con altos beneficios y bajas barreras $R_2 = 11\%$ ($p < .209$). Conclusión. A Mayor nivel de Autoeficacia, Mayores Beneficios percibidos para el ejercicio y se practicara con mayor frecuencia, mientras que a Menor Barreras percibidas el ejercicio se practicara con mayor frecuente. Recomendación. Invertir en el estilo de vida saludable se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de las enfermedades.

Palabras clave. Autoeficacia percibida, Beneficios y Barreras, Estudiantes de Licenciatura en Enfermería

Capítulo 1. Introducción

1.1 Problema de investigación

El concepto de Juventud, es un término que deriva del vocablo latino “Juventus”, permite identificar al periodo que se ubica entre la infancia y la adultez; comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad; la etapa juvenil suele ser la más sana en la vida de los individuos, sin embargo no todos los jóvenes desarrollan estilos de vida saludables.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) dentro del informe sobre la salud en el mundo: “Reducir los riesgos y promover una vida sana” celebrado en Ginebra, establece como objetivo primordial la práctica del ejercicio, como estrategia de promoción de la salud, esto porque la prevalencia del sedentarismo a nivel global en los adultos es de 17%, mientras que la de actividad física moderada es de 31% a 51%, la prevalencia de actividad física mínima en adolescentes entre los 13 y 17 años es de 26%, siendo mayor en hombres que en mujeres (27.6% y 24.2% respectivamente) cerca de 3.2 millones de personas mueren anualmente debido a la inactividad física; adicionalmente, es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedades cardiovasculares, siendo la causa principal en aproximadamente el 30% de cardiopatías isquémicas.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2015) afirman que los jóvenes constituyen un grupo heterogéneo en constante evolución y que la experiencia de “ser joven”, varía mucho según las regiones del planeta e incluso dentro de un mismo país; se puede hablar de juventud como un concepto que nos permite seguir caracterizando a las y los estudiantes del Nivel Medio Superior; se estima que el 20% de las y los jóvenes sufren riesgos de adaptación, conflictos familiares y académicos que influyen en conductas que pueden ser factores disparadores de desórdenes psicológicos graves posteriormente para la vida adulta.

En México los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), indican que la obesidad y el sobre peso son los principales problemas de salud en los adolescentes; entre los grupos de 15 años, el 11% de los hombres y el 12.8% de las mujeres padecen obesidad, y aumenta a 17.4% a los 19 años en ambos sexos.

Las investigaciones en el tema realizadas por Varela, Duarte, Salazar, Lema & Tamayo (2011) hacen referencia al sedentarismo o la falta de actividad física cuando la persona no realiza una cantidad mínima de movimiento diario (por lo menos entre 25 y 30 minutos), que produzca un gasto energético $>10\%$ del que ocurre habitualmente al llevar a cabo las actividades cotidianas; entre estas actividades se encuentran los juegos al aire libre, los quehaceres domésticos, subir escaleras, caminar, utilizar la bicicleta como medio de transporte, hacer deporte o ejercicio; por el contrario, dentro de las actividades que se consideran sedentarias está ver televisión, hablar por teléfono, hacer siesta, leer, jugar o trabajar en el ordenador, entre otras.

Los jóvenes universitarios constituyen un grupo social con diferentes tensiones y contradicciones, para quienes el futuro es incierto, muchas de sus actividades ya sea de estudio o de trabajo, las realizan en condiciones poco saludables, acompañado de incertidumbre respecto a la inserción profesional, ante la presión de lograr elevadas metas; además, la universidad presenta un cierto aislamiento del resto de la sociedad, lo que favorece un cambio del estilo de vida, innovación social y un rechazo a las normas y valores tradicionales. (Pérez, Laíño, Zelarayán, & Márquez, 2014).

Según Espinoza, Rodríguez, Gálvez, & Mac Millán, (2011) los estudiantes universitarios pasan de una rutina regular de actividad física realizada en el nivel escolar básicos (primaria) nivel media básica (secundaria, preparatoria) a una rutina cargada de inactividad física, típica de la vida universitaria, la cual está relacionada con el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

De acuerdo a Laguado & Gómez (2014) son los estudiantes universitarios, un grupo social que tiende a cambiar su estilo de vida debido a factores relacionados con largas jornadas de clases, escasez de tiempo, dinero, las tradiciones, creencias y los valores, medios de

comunicación y publicidad, el ideal de delgadez, alimentos, estados de ánimo y estrés, entre otros; estos factores afectan la salud de la población universitaria, persistiendo a través del tiempo, resultando en deterioro físico prematuro y enfermedades, así lo demuestra Gallardo, Muñoz, Planells & López (2015), en su estudio “La etapa universitaria no favorece el estilo de vida saludable en las estudiantes granadinas”, en donde el consumo de alcohol y tabaco es predominante y en relación a la práctica del ejercicio el 20% de la población lleva una vida sedentaria.

Durante los últimos años, (Campos & Solera, 2013) se han incrementado las investigaciones que relacionan la práctica del ejercicio con componentes psicológicos que se asocian al bienestar general del individuo; estos buenos hábitos pueden influir en la capacidad que cada individuo cree tener y llevarlo a un incremento del nivel de Autoeficacia para desarrollar ciertas tareas y el establecimiento de metas siendo uno de los factores que más influye en las personas que han realizado un deporte, ya que sus logros están enfocados en sus objetivos; las teorías indican que la Autoeficacia es crucial para que las personas realicen sus logros personales, y mucho tiene que ver los ambientes en los que se han desarrollado y las experiencias que han vivido anteriormente para enfrentar los retos y conquistar sus triunfos.

La Autoeficacia, como constructo psicológico, ha sido ampliamente estudiada por Bandura (1977); según el origen del término “Autoeficacia”, es una palabra compuesta: “auto” que, de acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española (2001), significa “propio” o “por uno mismo”, por su parte, la palabra “eficacia”, del latín *efficaia*, se refiere a la capacidad de lograr el efecto deseado o esperado. Bandura (1977), en su primer acercamiento, se refiere a la Autoeficacia como “la creencia en la capacidad propia que tiene la persona, para organizar y realizar las acciones requeridas para producir los resultados deseados”, la seguridad que puede tener un individuo en sus propias habilidades, para solucionar una dificultad específica, el nivel de autoeficacia que posea una persona se convierte en una competencia deseable que se debe desarrollar en cualquier ámbito.

Se considera a la Autoeficacia General como un constructo global que hace referencia a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana; diferentes estudios realizados para la construcción y validación de la Escala de Autoeficacia General (EAG) (Bäessler & Schwarzer, 1996) demuestran que la Autoeficacia es la confianza en uno mismo de ser capaz de realizar el comportamiento que se propone, así, si nos creemos capaces de hacer algo lo haremos y lo mantendremos en el tiempo mediante la motivación, el esfuerzo y la perseverancia.

La Autoeficacia percibida, en el ámbito de la salud, cobra importancia en la prevención de conductas riesgosas y en la promoción de conductas que van en beneficio de las personas, se ha observado que los cambios de conducta se realizan en forma activa cuando los profesionales de la salud motivan en las personas su capacidad de iniciarlos. (Cid, Orellana & Barriga, 2010).

Los cambios durante la vida universitaria pueden tener grandes efectos en las creencias acerca de la capacidad de triunfar en distintos ámbitos; cuanto más competente se perciben los estudiantes universitarios mejoran sus relaciones, es más probable que confíen en sí mismos, con Mayor Autoeficacia mayor probabilidad de lograr los éxitos deseados. (Espada, González, Orgilés, Carballo & Piqueras, 2012).

Los Beneficios de la práctica del ejercicio regular para la salud fisiológica y psicológica están bien documentados (Lovell, Ansari & Parker, 2010) la promoción de la salud apropia la práctica del ejercicio como una herramienta eficiente para optimizar los procesos relacionados con la disminución de factores de riesgo inherentes al sedentarismo, Vidarte, Vélez, Sandoval & Alfonso, (2011) vincula el concepto de salud y actividad física; a partir del planteamiento que la práctica del ejercicio está relacionada con los beneficios de la acción percibida en la disminución de la ansiedad y depresión, aumento de la autoestima, mejoría académica, permite en forma sobresaliente entrar en contacto con uno mismo, mejorando la autoimagen, la conciencia de la realidad, la motivación, la socialización con otras personas o, simplemente, el poder disfrutar “porque si” de una actividad placentera que permite procesos de autorrealización en la vida.

Sin embargo la percepción de las Barreras para la práctica del ejercicio, pueden impedir el compromiso con la acción; una de las principales barreras es que los estudiantes de licenciatura en enfermería no se consideran hábiles para el deporte y la falta de tiempo, es motivo de abandono para realizar actividad física (Arboleda, Arango & Feíto, 2015). Cuando estas barreras son identificadas es posible diseñar estrategias o mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.

Ante lo descrito, es relevante mencionar que los estudiantes de licenciatura en enfermería durante su formación aprenden que la prevención es lo más importante antes, durante y después de la enfermedad, además van adquiriendo conocimientos sobre el cuidado de la vida, como principales promotores de la salud deben cuidarla y practicar estilos de vida saludables, cuando lo hacen, tienen mayor probabilidad de recomendar y generar conductas promotoras de salud en su población.

Por lo tanto, el Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 2011) permite comprender el comportamiento humano relacionado con la salud y orientar hacia la generación de conductas saludables, la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano y ofrece la posibilidad de evaluar a la persona que tiene riesgo de sufrir una desviación de la salud por la suma de estos factores, y así poder actuar antes de que se produzcan alteraciones que conlleven a un riesgo para la función y la vida, es así como nace la inquietud de realizar el presente protocolo en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería con la mirada del Modelo de Promoción de la Salud de la Dra. Nola Pender.

A partir de todo lo anteriormente mencionado se formula la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la relación de la Autoeficacia y la percepción de los Beneficios y las Barreras para la Práctica del Ejercicio en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería?

1.2 Justificación

Puede considerarse que la promoción de la salud ha sido una preocupación constante en el ser humano. La primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986 emite la carta dirigida a la consecución del objetivo: Salud para todos en el año 2000. Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados en mejorar las condiciones de vida saludable. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la declaración de Alma de Ata sobre la atención primaria, el documento “Objetivos de la salud para todos en el año 2000” en donde se planteó cinco áreas fundamentales para la promoción de la salud: construcción de políticas públicas saludables, mejoramiento de los entornos o ambientes, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de actitudes personales y reorientación de los servicios y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud. (OMS, 2015).

En respuesta a lo anterior, en el 2005 se llevó a cabo la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud realizada en Bangkok, obteniendo como resultado la “Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado”, donde se enfatiza la necesidad de capacitar a las personas, ejerciendo un mayor control sobre los factores influyentes que predicen la salud (OPS, 2015 & OMS, 2015). Un área fundamental de promoción de la salud, se relaciona con los entornos y ambientes saludables y en donde encaja la universidad como el ámbito donde viven la mayor parte de su tiempo los estudiantes. Otra área fundamental está referida al desarrollo de actitudes personales, es aquí donde se necesita el compromiso del estudiante para que desarrolle comportamientos positivos en la promoción de su salud.

Diferentes estudios relacionados sobre la promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables (Giraldo, Toro, Macías, Valencia & Palacios, 2010) se han dado a la tarea de profundizar en razón a que se constituye en una estrategia básica para la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conllevan a cambios de comportamientos relacionados con la salud y al fomento de estilos de vida saludables, así

contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que conforman una sociedad y como consecuencia se logra la disminución del proceso salud-enfermedad.

En el sector educativo, las universidades pueden facilitar el desarrollo de mejores condiciones de salud de los estudiantes a través de estrategias en su malla curricular, con seminarios, talleres y dinámicas de incorporación de conductas promotoras de salud en sus estudiantes, porque el estilo de vida del universitario implica cambios en los factores personales biológicos y socioculturales que pueden repercutir negativamente en su salud. (Aranda & Cruz, 2014)

Hoy en día se reconoce que la aplicación activa de las estrategias de promoción de la salud es esencial para prevenir gran parte las enfermedades que siguen aquejando a las Américas, así como para mantener una mente sana en un cuerpo sano, la promoción de salud en el ámbito escolar constituye un valor agregado al de por sí ya extraordinario valor que tiene la escuela y el impacto que tiene la intervención educativa en el estilo de vida (Chacón, Mejía, Paredes & Gómez, 2012) como requisito para preservar en óptimas condiciones su estado de salud.

En este proyecto se pretende establecer las relaciones que guarda la Autoeficacia percibida, los Beneficios y Barreras para la práctica del ejercicio, los comportamientos que presentan mayor frecuencia, los cuales determinan un estilo de vida saludable, en el caso de los estudiantes universitarios, un grupo social que tiende a cambiar su estilo de vida (Reigal, Videra & Gil, 2014) debido a factores relacionados con largas jornadas de clases, escasez de tiempo, dinero, las tradiciones, creencias y los valores, medios de comunicación y publicidad, el ideal de delgadez, alimentos, estados de ánimo y estrés, entre otros. De esta problemática es importante reconocer los cambios negativos generados por los factores anteriores y la manera como afectan la salud de la población universitaria (Triviño, 2012) como factores predictores que influyen en conductas promotoras de salud, según el modelo de enfermería de la Dra. Nola J. Pender

1.3 Objetivo General y Específicos

1.3.1 Objetivo general.

Identificar la Relación entre la Autoeficacia y la Percepción de los Beneficios y las Barreras para la Práctica del Ejercicio en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería

1.3.2 Objetivos Específicos.

1. Describir los Factores Personales, Biológicos y Socioculturales en los Estudiantes de Licenciatura en Enfermería.
2. Identificar el nivel de Autoeficacia percibida en los Estudiantes de Licenciatura en Enfermería.
3. Analizar la Autoeficacia percibida en relación a los Factores Personales (Biológicos y Socioculturales) predictores de la percepción de conductas para manejar diferentes situaciones estresantes
4. Determinar el nivel de Percepción de los Beneficios y las Barreras para la práctica del ejercicio en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería.
5. Identificar la Percepción de los Beneficios para la Práctica del Ejercicio.
6. Identificar la Percepción de las Barreras para la Práctica del Ejercicio.

1.4 Hipótesis y su correspondencia con el diseño

La siguiente hipótesis fue derivada de la relación establecida entre los conceptos del Modelo de Promoción de la Salud (Raile, 2011) y la proposición y afirmación teórica:

PROPOSICION 5.- La eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.

- H₁ A Mayor Autoeficacia, Mayor Percepción de Beneficios para la realización de la Práctica del Ejercicio en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería
- H₂ A Mayor Autoeficacia, Menor Percepción de Barreras para la realización de la Práctica del Ejercicio en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería

Capítulo 2. Marco Teórico

2.1. Marco teórico

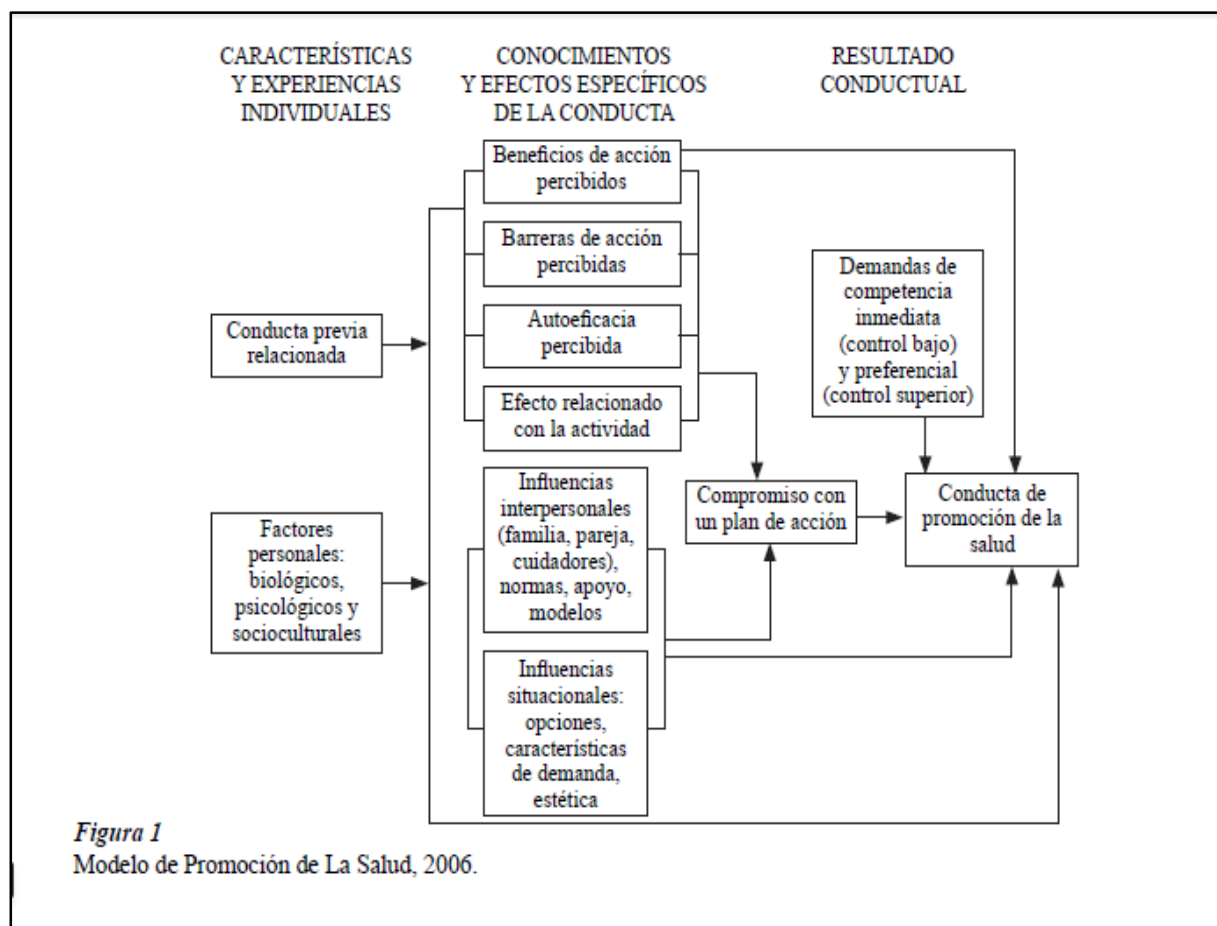
La base teórica de esta investigación la constituyó el Modelo de Promoción de la Salud (MPS), de Nola J. Pender, (Raile, 2011) motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano, afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a comprometerse con las conductas destinadas al fomento de la salud: ayuda a las enfermeras en la comprensión de los principales factores determinantes de las conductas de salud como una base para la orientación conductual para promover estilos de vida saludables.

Tiene sus raíces filosóficas, en la interacción recíproca del mundo, en la que los seres humanos interactúan con su entorno y dan forma a cumplir sus necesidades y objetivos. El MPS integrado por la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977), que postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana descrito por Feather (1982) afirma que la conducta es racional y económica, y es importante para el desarrollo del modelo (Raile, 2011).

Los Conceptos claves en Enfermería definidos como base para el MPS son; *Persona* como organismo biopsicosocial; *Medio ambiente* como contexto social, cultural y físico manipulado por el individuo para crear un contexto positivo de señales y facilitadores de comportamientos que mejoran la salud; *Enfermería* como colaboradora entre los individuos, familias y comunidades para crear las más favorables condiciones para la expresión de una salud óptima y de alto nivel de bienestar; *Salud* como comportamiento dirigido a un objetivo y Las *Enfermedades* que son eventos discretos a lo largo de la vida útil del bien corto (aguda) o largo duración (crónica) que pueden dificultar o facilitar la búsqueda de la salud.

El MPS es un esquema (Figura 1) conformado por tres constructos. El primer constructo, “Las características y experiencias individuales”, está formado por la Conducta previa relacionada y los Factores personales; categorizados como Biológicos, Psicológicos y

Socioculturales; predictivos de una cierta conducta. El segundo constructo “Cogniciones y efecto específico de la conducta”, de éste constructo se derivan los Beneficios Percibidos de la acción que son los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud; las Barreras Percibidas de acción que son los bloqueos anticipados, imaginados o reales de una conducta determinada y la Autoeficacia Percibida que es el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. El tercer constructo es “El Resultado Conductual” está dado por el compromiso con un plan de acción, las demandas y preferencias contrarias y la conducta promotora de salud que es el punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.



El MPS se basa en supuestos, que reflejan tanto la enfermería y perspectivas de las ciencias del comportamiento y en fundamentos teóricos: proposiciones teóricas o también llamadas afirmaciones teóricas, utilizando para el presente estudio “La eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica”. (Pender, 2011)

Para este estudio se esquematizan (Figura 2) los conceptos tomados del MPS. Factores Personales Biológicos y Socioculturales, Autoeficacia Percibida, Beneficios Percibidos de la acción y las Barreras Percibidas de la acción; bajo el enfoque del MPS, se propone que la Relación de los conceptos Factores Personales Biológicos y Socioculturales afectan directamente la conducta promotora de salud y en forma indirecta a través de la Autoeficacia Percibida también puede tener efecto directo sobre la conducta, que a mayor autoeficacia, mayor conducta promotora de salud y la relación a mayor autoeficacia menos barreras percibidas de la acción y mayor beneficio percibido de la acción de la conducta promotora de salud en la práctica del ejercicio.

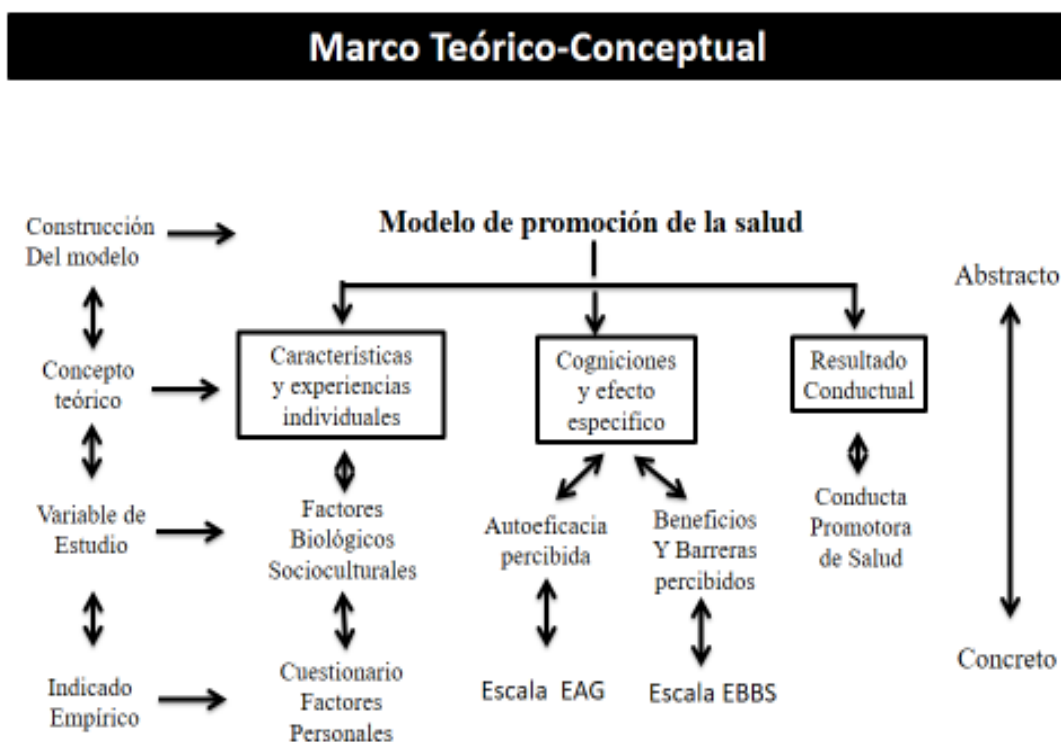


Figura 2. Derivación Teórica -Empírica

Conceptos del Modelo de Promoción de la Salud.

A continuación se definen los conceptos que se aplicaron en el estudio.

Factores personales. Características propias de la persona, clasificadas como biológicas (Género y Edad) y Socioculturales (Trabajo y Semestre cursando). Se medirán bajo la “Cedula de Factores Personales: Biológicos y Socioeconómicos de los estudiantes universitarios”, creadas para este estudio. (Miss, 2015).

Género: Condición biológica que distingue a las personas en 1 () Mujeres y 2 () Hombres (el pequeño Larousse ilustrado, 2007)

Edad: Número de años transcurridos entre la fecha de nacimiento de las personas, hasta el momento de la entrevista. Se consideran únicamente años cumplidos. (El pequeño Larousse ilustrado, 2007)

Trabajo: actividad que realiza una persona de manera continuada para ganar dinero (El pequeño Larousse ilustrado, 2007)

Semestre cursando: Comprende los semestre cursados regularizados de la licenciatura en enfermería (El pequeño Larousse ilustrado, 2007)

Autoeficacia: Definición conceptual, La capacidad para manejar en la vida diaria diferentes situaciones estresantes (Bandura, 1997); la definición operacional será el resultado de medir el nivel de autoeficacia a través de la Escala de Autoeficacia General (EAG) versión en español (Baessler & Schwarzer, 1996); Mayor Autoeficacia mayor probabilidad de lograr los éxitos deseados.

Beneficios percibidos de la acción: Los resultados positivos anticipados que se producen desde la conducta de salud y las Barreras percibidas a la acción son Bloqueos anticipados, imaginarios o reales de una conducta determinada. En conjunto, la definición operacional será el resultado obtenido del Instrumento para medir la percepción de los beneficios y las barreras para la práctica del ejercicio. The Exercise Benefits/Barriers Scale [EBBS] (versión adultos) (Sechrist, K.R., Walker, S.N. & Pender, N.J. Traducción en el español por Juarbe, T. (2002). Más alta sea la puntuación, más positiva percibirá el individuo los Beneficios para la Práctica del Ejercicio en relación con sus Barreras.

2.2 Revisión de literatura

Para este estudio se realiza la revisión literaria en estudios correlacionados en donde se comparta el marco teórico de la Dra. Nola J Pender y el Modelo de Promoción a la Salud (HPM) en donde se aplique el Instrumento para medir los determinantes del comportamiento: Beneficios del ejercicio/ Escala de barreras [EBBS] (versión adulto), así también los estudios relacionados con la Autoeficacia percibida en donde apliquen la Escala de Autoeficacia General [EAG].

2.2.1 Estudios relacionados con el modelo de promoción de la salud.

El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, Las investigaciones realizadas a partir de este modelo, predominan en Brasil, Estados Unidos de América y México. “El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: “Una reflexión en torno a su comprensión” Aristizábal, Blanco, Sánchez & Ostigüín (2011) informan que los grupos de personas en las que más se hacen investigaciones son adolescentes y adultos, las temáticas más mencionadas son: actividad física, estilos de vida saludable, enfermedades crónicas y obesidad, los profesionales que más investigan en torno a este modelo, son de los campos de enfermería y sociología.

La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables; Giraldo, Toro, Macías, Valencia & Palacio (2010) Es un estudio descriptivo en donde detalla la promoción de la salud como estrategia en conjunto con sus componentes para el estudio de los estilos de vida saludable, donde se encontró que la promoción de la salud es la base para proponer el Modelo de Promoción de la Salud de la Dra. Nola J. Pender y que a través de esta alianza se promueve un estado óptimo de salud, que aporta a la profesión de enfermería bases para modificar conductas de riesgos en las personas y en los colectivos para que adopten estilos de vida saludables.

2.2.2 Estudios relacionados con la percepción de la autoeficacia (EAG)

“Factores biopsicológicos y socioculturales como predictores de la conducta promotora de salud en los estudiantes de enfermería de la universidad adventista de Chile”. Aranda & Cruz. (2014) tiene como objetivo: Determinar si los factores biológicos, psicológicos y socioculturales de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Adventista de Chile son predictores de las Conductas Promotoras de Salud (CPS). Estudio cuantitativo, descriptivo–correlacional, transversal. La población: todos los estudiantes del primero al quinto año de la carrera de Enfermería. La muestra fue de 137 alumnos, seleccionada con un muestreo probabilístico aleatorio, estratificado. El instrumento la Escala de Autoeficacia General obtiene un Alfa de Cron Bach 0.82, como resultado: La Autoeficacia percibida son predictores de la conducta promotora de salud en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Adventista de Chile.

“Práctica física, autoeficacia general y satisfacción vital en la adolescencia”, Reigal, Videra & Gil (2014) Estudio transversal, en donde se tiene como propósito examinar las relaciones entre la práctica física y la autoeficacia general, en donde se aplica la Escala de Autoeficacia General (EAG) participando 2079 estudiantes adolescentes de ciudad de Málaga, España; seleccionados mediante proceso aleatorio, por conglomerados, estratificados, en donde los resultados indican que los estudiantes activos tiene mayor niveles de autoeficacia general, alcanzó niveles de consistencia de fiabilidad de Alfa de Cron Bach $\alpha = 0.86$.

“Validación de la Escala de Autoeficacia General con adolescentes españoles”; Espada, González, Orgilés, Carballo & Piqueras, (2012) Estudio descriptivo, en donde se tiene como objetivo analizar la consistencia interna, validez y estructura de la Escala de Autoeficacia General (EAG) en 626 estudiantes de la población adolescente española, entre los 14 y 18 años, obteniendo un Alfa de Cron Bach 0.89. Resultados: La Escala parece un buen instrumento para evaluar la Autoeficacia en adolescentes españoles y garantiza una herramienta de evidencia utilidad para la percepción de la autoeficacia.

“Validación de la escala de autoeficacia general en Chile”; Cid, Orellana & Barriga (2010), Estudio descriptivo en donde se tiene como objetivo evaluar psicométricamente la Escala de Autoeficacia General (AEG) en 360 personas de ambos sexos, en edades comprendidas entre 15 y 65 años de la Comuna de Concepción, Chile, aplicando el instrumento en una entrevista personalizada para encontrar la confiabilidad y validez el cual reporta un coeficiente del alfa de Cron Bach de 0.84 interpretando que los resultados permiten aseverar que los reactivos son homogéneos y que la escala mide de forma consistente la Autoeficacia General para lo cual ha sido diseñada.

2.2.3 Estudios relacionados, percepción de los beneficios y barreras (EBBS)

“Confiabilidade e validade da Exercise Benefits/Barriers scale em idosos”; Fonseca, Barbosa & Almeida (2012) Objetivo: Evaluar la confiabilidad y validez de la Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS). Métodos: La confiabilidad fue evaluada por medio de la consistencia interna (alfa de Cron Bach) obteniendo como resultado 0,94. Conclusión: El análisis estadístico reveló que la versión traducida de la EBBS es confiable y válida, recomendándose su utilización en otros escenarios, debido a las diferencias regionales del Brasil, para que la validez del instrumento sea ampliamente explotada.

“Actividad física y percepciones de beneficios y barreras en una universidad colombiana”; Arboleda, Arango & Feíto (2015) Objetivos determinar los niveles, los beneficios y las barreras de la actividad física (AF) en una de la sedes de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Participaron de manera voluntaria 92 estudiantes, 72 docentes y 45 empleados; utilizando un muestreo aleatorio simple para cada grupo. Se empleó la Escala para medir la percepción de los beneficios y las barreras The Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS). Resultado 51.1% de los estudiantes, el 48.6% de los docentes y el 46.7% de los empleados presentan niveles de actividad física altos. La menor percepción de barreras fue observada en los estudiantes y la mayor en los docentes. Los resultados del presente estudio podrían servir como insumos para la creación de estrategias que posibiliten mejorar los programas de actividad física ofrecidos dentro del campus universitario y aumentar la adherencia a dichos programas.

“Perceived Exercise Benefits and Barriers of Non-Exercising Female University Students in the United Kingdom”; Lovell, Ansari & Parker (2010) Percepción de los Beneficios y Barreras del ejercicio en estudiantes femeninas que no realizan ejercicio del Reino Unido. Objetivo identificar porque muchas personas no se dedican a la actividad física suficiente debido a los bajos benéficos percibidos y altas barreras percibidas. Muestra. 200 estudiantes femeninas que no realizan ejercicio. Instrumento: cuestionario para medir la percepción de los beneficios y las barreras The Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS). Obtienen resultados de Alfa de Cron Bach EBBS total 0.86, Beneficios 0.89 y Barreras 0.77. Resultados: las estudiantes no hacían ejercicio, sin embargo, mostraron significativamente más altos beneficios percibidos que barreras percibidas.

Capítulo 3. Método

3.1. Enfoque metodológico

El presente estudio con enfoque metodológico cuantitativo de corte transversal ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, nos otorga control sobre los fenómenos, nos brinda una gran posibilidad de réplica y además de que facilita la comparación entre estudios similares. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

3.2 Diseño de la investigación

Es un estudio con alcance descriptivo y correlacional, no experimental. (Polit & Hungler, 2000), porque se pretende determinar la relación entre la Autoeficacia, la percepción de los Beneficios y las Barreras para la práctica del ejercicio en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería.

3.3 Población y muestra

La población de interés estará conformada por TODOS los Estudiantes de Licenciatura en Enfermería registrados y matriculados del ciclo escolar 2015-2016 según base de datos de la oficina de registro y control académico de una Universidad Particular del Estado de Puebla, México.

3.3.1 Características de los participantes

Serán los Estudiantes de Licenciatura en Enfermería de ambos género, la edad comprendida entre los 17 a 22 años, del semestre primero, tercero y quinto, que al momento de la aplicación de los instrumentos de medición y recolección de datos se encuentren registrados, matriculados y regularizados, siendo estos los criterios de inclusión.

3.3.2 Procedimientos de muestreo

No se aplica procedimiento de muestreo, por tener la accesibilidad y disponibilidad de la misma Institución educativa para desarrollar la investigación; siempre y cuando se cumpliera con los estándares éticos, legal y moral de toda investigación, retomando las disposiciones

establecidas por la Secretaria de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, cumpliendo con el Artículo 17 fracción II que dice: Prevenir el riesgo; respetar la dignidad y la protección a sus derechos; así también manteniendo el anonimato, lograr la participación voluntaria de acuerdo al Artículo 13; solicitando el consentimiento informado sin presión o coerción, con opción de retirarse cuando lo juzgaran necesario, apegado al Artículo 102, fracción IV.

3.3.3 Tamaño de la muestra

El proyecto no requiere de muestra debido a que el tamaño de la población es muy reducido y equivale al total de la población. $N= 152$; se toma el criterio de Muestra Censal tomando como documento oficial “Lista de Asistencia”

3.4 Procedimientos de medición de variables y recolección de datos

Solicitud de aprobación de la investigación al Comité Académico de Posgrado de UPAEP; Se solicitó permiso ante la Vicerrectora de la Universidad para ser aprobado por el Comité de Ética de dicha Institución, Permiso de los profesores para la aplicación de los Instrumentos. Se llevó a cabo durante las clases y se hizo en forma grupal, estando presente para resolver posibles dudas, Solicitud del Consentimiento informado (Apéndice A) firmado por los estudiantes, previa información sobre los objetivos del estudio y la confidencialidad en el manejo de los datos para que su participación fuera voluntaria. Cada aplicación duro aproximadamente 35 minutos.

3.5 Instrumentos de medición

3.5.1 Descripción

Se aplicaron los siguientes Instrumentos.

Cédula de Factores Personales (biológicos y socioculturales). Este instrumento se construyó para la realización del presente estudio, consta de dos secciones; En la primera se incluyen los Factores Biológicos, Género 1.- Mujer 2.- Hombre; Edad 1.- 17 a 18; 2.- 19 a 20 y 3.- 21 a 22 años. En la segunda sección los Factores Socioculturales conformada por las variables Trabajo 1.- Si y 2.- No y Semestre cursando 1.- Primer; 2.- Tercer y 3.- Quinto. (Miss, 2016) Apéndice B.

Escala de Autoeficacia General (EAG)

Para medir la Autoeficacia percibida se aplicó el Instrumento “Escala de Autoeficacia General [EAG] (versión en español) de Bäßler, Schwarzer y Jerusalén (1996) se conforma de 10 reactivos con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. El nivel de percepción se clasifica en Bajo (10 a 19) Moderado (20) y Alto (21 a 40). Las respuestas son tipo Likert donde los Estudiantes respondieron a cada reactivo de acuerdo a la percepción de sus capacidades para manejar en su vida diaria diferentes situaciones estresantes. Incorrecto (1 punto); apenas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos). En esta Escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida; Apéndice C.

Escala, the Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS)

La Percepción de los beneficios y barreras para la Práctica del Ejercicio se determinó a través de la Escala, The Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) (versión adultos) (Sechrist, K.R., Walker, S.N. & Pender, N.J.,). Traducido al español por Juarbe, T. (2002); compuesto por 43 ítems presentados en una escala tipo Likert con cuatro posibilidades de respuesta, Totalmente de acuerdo=4 a Totalmente en desacuerdo=1. Los puntajes totales del instrumento pueden oscilar entre 43 y 172 puntos. 29 de los ítems están relacionados con los Beneficios, clasificados en cinco sub-escalas: Mejora de la vida, Rendimiento físico, Perspectiva psicológica, Interacción social y Salud preventiva; la calificación total que puede ser obtenida se ubica en un rango entre 29 – 116; dividida en Baja (29 a 57) Moderada (58) y Alta (59 a 116). 14 ítems relacionados con las Barreras subdivididas en cuatro sub-escalas: Ambiente relacionado con el ejercicio, Inversión de tiempo para el ejercicio, Esfuerzo físico y Desánimo familiar. Los rangos varían entre 14 y 56; Baja (14 a 27) Moderado (28) y Alto (29 a 56). Entre mayor puntaje se obtenga, se percibe el ejercicio más positivo, es decir que son mayores los beneficios que el Estudiante percibe hacia el ejercicio y menos barreras. Apéndice D.

3.5.2 Validez y confiabilidad

La Dra. Nola J. Pender al crear el Modelo de Promoción de la Salud, también elaboró los instrumentos, los cuales tienen como base una escala psicométrica que brinda confiabilidad y validez en el contexto Latinoamericano. The Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) (versión adultos) (Sechrist, K.R., Walker, S.N. & Pender, N.J.). Traducido al español por Juarbe, T. (2002) tiene una confiabilidad de los reactivos de 0.89 (instrumentos total). La escala de Beneficios un $\alpha = 0.89$ y la escala de Barreras un $\alpha = 0.77$ (Pender, 2011). Un estudio elaborado por Fonseca, Barbosa & Almeida (2012) en donde realizan la Confiabilidad y valides de la Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) obteniendo como resultado un $\alpha = 0.94$. Los resultados obtenidos en el presente estudio fueron: EBBS escala total $\alpha = 0.78$, Beneficios $\alpha = 0.86$ y Barreras $\alpha = 0.77$.

La Escala de Autoeficacia General [EAG] (Baessler y Schwarzer, 1996) versión en español, utilizada ampliamente en población Española (Espada et al 2012) obtiene un $\alpha = 0.89$ y en población Chilena (Cid, Orellana & Barriga, 2010) un $\alpha = 0.84$, el Alfa de Cron Bach obtenido en el presente estudio fue de $\alpha = 0.84$

3.5.3 Análisis de Resultados.

El análisis de los resultados se realizó a través del paquete estadístico (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 19. El análisis fue descriptivo e Inferencial. Se usó la estadística descriptiva para describir las características de las variables mediante las Medidas de Tendencia Central (Media, Mediana, Frecuencia y Porcentaje) y de Medidas de Dispersión (Desviación Estándar, Rango). Se obtuvo el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cron Bach de los Instrumentos. Se aplicó la prueba Kolmogorov-Smirnov para conocer la normalidad de los datos, lo cual reportó distribución normal; para realizar análisis Paramétricos, analizando los datos con chi cuadrada de Pearson y la regresión lineal simple para la prueba de hipótesis

Capítulo 4. Resultados

4.1 Descripción

En este capítulo se presentaran los resultados obtenidos del análisis de la muestra: primeramente se describirán los Factores Personales de la muestra, la Autoeficacia Percibida, seguido de la Percepción de los Beneficios para la Práctica del Ejercicio, Percepción de las Barreras para la Práctica del Ejercicio , por último se realizará la estadística inferencial para comprobar las hipótesis donde se realizara una correlación de la Autoeficacia y la Percepción de los Beneficios y Barreras para la Práctica del Ejercicio.

4.2 Análisis de Estadística Descriptiva y datos.

A través del Análisis descriptivo se da respuesta al Objetivo Especifico 1: Describir los Factores Personales, (Biológicos y Socioculturales) en los estudiantes de licenciatura en enfermería en donde se identificó mayor prevalencia del género femenino con el 84.2% (128) seguido de un 15.8% masculino, es relevante mencionar que la edad con mayor frecuencia es de 17 a 18 años (37.5 %) (Tabla 1).

Tabla 1. Características Biológicas de los Estudiantes de Licenciatura en Enfermería			
Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Género	Mujer	128	84,2
	Hombre	24	15,8
Edad	17-18	57	37,5
	19-20	52	34,2
	21-22	43	28,3

N=152 Fuente: Cédula de Factores Personales (Miss, 2016)

En el caso de las Características Socioculturales es importante mencionar que de los Estudiantes de Licenciatura en Enfermería el 43.4% (66) “Si Trabaja” y que el 39.4% (60) se encuentran en el Primero y el Tercer Semestre (Tabla 2).

Tabla 2 Características Socioculturales “Semestre cursando” y “Trabaja”

		Trabaja		Total
		Si	No	
Semestre cursando	Primero	30	55	85
	Tercero	30	22	52
	Quinto	6	9	15
	Total	66	86	152

Fuente: Cédula de Factores Personales (Miss, 2016)

Niveles de percepción de autoeficacia

Para dar respuesta al Objetivo específico 2: Identificar la Autoeficacia Percibida en los Estudiantes de Licenciatura en Enfermería, se obtiene el nivel de percepción de la autoeficacia en donde la frecuencia representativa es el nivel “Alto” con 96.1% (146) y el nivel “Bajo con 3.3% (Tabla 3).

Tabla 3 Estadística descriptiva del nivel de percepción de la EAG

		<i>f</i>	%
Nivel de Percepción de EAG	Bajo	5	3,3
	Moderado	1	0,6
	Alto	146	96,1
	Total	152	100,0

Fuente: Escala de Autoeficacia General EAG (Bäbler, Schwarzer y Jerusalem, 1996).

El puntaje total de la Escala de Autoeficacia General varía entre los valores 10 a 40 puntos mostrando los valores mínimos y máximos teóricos, los valores alcanzados por los estudiantes N=152 tuvieron un porcentaje 96.1% (146) puntaje máximo y un mínimo porcentual de 3.3% (Tabla 4).

Tabla 4 Descripción del Valor Teórico y Valor Empírico de la EAG

Valor Teórico		Valor Empírico		<i>f</i>	%
Mínimo	10	Mínimo	10 a 20	5	3,3
Máximo	40	Máximo	21 a 40	146	96,1

N=152 Fuente: Escala de Autoeficacia General EAG (Bäbler, Schwarzer y Jerusalem, 1996).

Como parte del objetivo específico número 2 se realiza el análisis descriptivo de los puntajes empíricos en este estudio de Autoeficacia Percibida, se observó que las respuestas de los Estudiantes calificaron con un mínimo de 15 y un máximo de 40 puntos y un rango de 25 puntos entre ambos. De acuerdo al valor de la $\bar{X}=29.40$, DE (5.2) y de la Med.=29, los estudiantes en general, se perciben con un nivel alto de capacidad de ejecutar una acción, apoyada también por la varianza que oscila 27,88 puntos. Los valores de tendencia central representan una distribución con Asimetría negativa y de acuerdo al coeficiente de Curtosis la curva es de tipo Leptocúrtica (Tabla 5).

Tabla 5 Estadísticos descriptivos de la Escala de Autoeficacia General

Media	29,40
Mediana	29,00
Moda	29
Desv. típ.	5,281
Varianza	27,884
Asimetría	-,196
Curtosis	-,207
Rango	25
Mínimo	15
Máximo	40

N= 152 Fuente: Escala de Autoeficacia General EAG (Bäbler, Schwarzer y Jerusalem, 1996).

Los resultados obtenidos de la percepción de la autoeficacia confirma que los estudiantes de licenciatura en enfermería son capaces de manejar de manera adecuada una amplia variedad de estresores de la vida cotidiana, así lo demuestran los valores alcanzados de las afirmaciones “Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas” con el 45,4 % Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados con el 44,7%, Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas con el 44,1% y Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer con el 42.1% calificando como “cierto” y aseverando que la autoeficacia juega un papel importante en el funcionamiento humano (Tabla 6)

Tabla 6. Escala de autoeficacia general: frecuencia y porcentaje de cada elemento

	<i>F</i>	%
Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	58	38,2
Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	60	39,5
Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	69	45,4
Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	68	44,7
Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	67	44,1
Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo(a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles	60	39,5
Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	55	36,2
Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	58	38,2
Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	64	42,1
Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	53	34,9

N=152 Fuente: Escala de Autoeficacia General EAG (Bäbler, Schwarzer y Jerusalén, 1996).

Con respecto al Objetivo específico 3: Analizar la Autoeficacia percibida en relación a los Factores Personales (Biológicos y Socioculturales) predictores de la percepción de conductas para manejar diferentes situaciones estresantes; son las Mujeres las que representan un nivel “Alto” de percepción 123 (80.9%) en relación a los Hombres 23 (19.1%) y en relación a la Edad no hay significancia relativa. Con respecto al Trabajo el nivel de percepción es “Alto” de acuerdo a los que “Si trabajan” y el Grado Académico no es estadísticamente significativa (Tabla 7).

Tabla 6 Características descriptivas de EAG en relación a los Factores Personales

Variable		Nivel de Percepción de la EAG			Total
		Bajo	Moderado	Alto	
		<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	
Género	Mujer	4	1	123	128
	Hombre	1	0	23	24
Edad	17-18	1	1	55	57
	19-20	2	0	50	52
	21-22	2	0	41	43
Trabajo	Si	2	0	64	66
	No	3	1	82	86
Semestre	Primero	0	0	85	85
Cursando	Tercero	5	1	46	52
	Quinto	0	0	15	15

N=152 Fuente: Escala de Autoeficacia General EAG (Bäbler, Schwarzer y Jerusalén, 1996).

Niveles de percepción beneficios y barreras para la práctica del ejercicio.

Para dar respuesta al Objetivo Específico 4 Determinar la Percepción de los Beneficios y las Barreras para la Práctica del Ejercicio en Estudiantes de Licenciatura de Enfermería, se presenta el análisis descriptivo de los puntajes alcanzados en comparación con los Valores Teóricos y los Valores Empíricos, en donde se observa que los valores Mínimo alcanzados están por arriba de los valores teóricos, sin llegar a los valores máximos, dando como resultado a mayor puntaje, mayor percepción positiva de los Beneficios y las Barreras para la Práctica del Ejercicio (Tabla 7).

Tabla 7 Descripción del Valor Teórico y Valor Empírico del Instrumento EBBS

	Valor Teórico	Valor Empírico
	Min. /Max.	Min. /Max.
Instrumento EBBS	43/172	96/159
Percepción de Beneficios	29/116	60/114
Percepción de Barreras	14/56	23/52

Fuente: The Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) (versión adultos) (Sechrist, K.R., Walker, S.N. & Pender, N.J., 2011). Traducido al español por Juarbe, T. (2002)

Se procedió a analizar la distribución de las puntuaciones del Instrumento para medir la Percepción de los Beneficios y las Barreras para la Práctica del Ejercicio (EBBS) los resultados exploración de los datos indica que la forma de la distribución tendía a concentrarse en torno a la $\bar{X}=122,52$ y al de un modo mayor a lo que sería esperable en una distribución normal Asimetría = ,588 Curtosis = -,249 en los que la curva es levemente Leptocúrtica pero claramente menos inclinada a la izquierda (Tabla 8).

Tabla 8 Estadísticos descriptivos percepción de los Beneficios y Barreras de la Práctica del Ejercicio

Media	122,53
Mediana	119,50
Moda	109 ^a
Desv. típ.	13,391
Varianza	179,311
Asimetría	,588
Curtosis	-,249
Rango	63
Mínimo	96
Máximo	159

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Fuente: The Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) (versión adultos) (Sechrist, K.R., Walker, S.N. & Pender, N.J., 2011). Traducido al español por Juarbe, T. (2002)

El nivel de Percepción de los Benéficos y barreras percibidos para la práctica del ejercicio son en general “Alto”, la mayor proporción 69.7 % ($f=106$), “Moderado” 2.6% ($f=4$) y “Bajo” el 27.6 ($f=42$). (Tabla 9).

Tabla 9 Características descriptivas del nivel de percepción de la EBBS

		<i>f</i>	%
Nivel de Percepción de EBBS	Bajo	42	27.6
	Moderado	4	2.6
	Alto	106	69.8
	Total	152	100,0

Fuente: The Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) (versión adultos) (Sechrist, K.R., Walker, S.N. & Pender, N.J., 2011). Traducido al español por Juarbe, T. (2002)

Con referencia al Objetivo Específico 5 Identificar la percepción de los Beneficios para la Práctica del Ejercicio la mayor proporción de Beneficios percibidos se observa con una $X=2.98$ y $DS=,810$; en general el nivel de percepción de los beneficios es “Alto” la mayor parte de los beneficios se calificaron con la afirmación “De Acuerdo” permitiendo identificar que mayor percepción de los beneficios se mejora la condición física (Tabla 10).

Tabla 10 Estadística descriptiva del nivel de percepción de Beneficios

		<i>f</i>	%
Nivel de percepción de Beneficios	Bajo	66	43.4
	Moderado	7	4.6
	Alto	79	52
	Total	152	100,0

Fuente: The Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) (versión adultos) (Sechrist, K.R., Walker, S.N. & Pender, N.J., 2011). Traducido al español por Juarbe, T. (2002)

De acuerdo a la clasificación de las sub-escalas los Beneficios percibidos más identificados por los estudiantes son: la sub-escala Mejora de la vida con la afirmación “Hacer ejercicio mejora el funcionamiento general de mi cuerpo” reporta que el 80% de los estudiantes están “De acuerdo” con la $X=3.09$; en la sub-escala Rendimiento físico, dos afirmaciones llaman la atención: “Hacer ejercicio mejora mi condición física” con el 82.8% y una $X=3.28$ sin embargo, el 81.5% de los estudiantes afirman estar “Totalmente en desacuerdo” con “Hacer ejercicio mejora el funcionamiento de mi corazón” con una $X= 1.89$. La sub-escala Perspectiva psicológica con la afirmación “Hacer ejercicio disminuye mi estrés y tensión” los estudiantes, afirman estar “De acuerdo” con el 91.4% y una $X=3.44$; la sub-escala Interacción social con la afirmación “Hacer ejercicio es un buen entretenimiento para mí” obtiene una $X= 2.96$ y la sub-escala Salud preventiva con la afirmación “Haciendo ejercicio, prevengo ataques al corazón” obtiene una $X= 3.17$ (Tabla 11).

Tabla 11. Estadística descriptiva de los Beneficios para la Práctica del Ejercicio con las Sub-escalas.			X	DE
MEJORA DE LA VIDA				
25. Mi disposición (animo) mejora cuando hago ejercicio	3,01	,873		
26. Hacer ejercicio me ayuda a dormir mejor por la noche	3,05	,787		
29. Hacer ejercicio me ayuda a disminuir la fatiga	2,80	,838		
32. Hacer ejercicio mejora el concepto que tengo de mí mismo(a)	2,88	,898		
34. Hacer ejercicio aumenta mi agilidad mental	2,99	,776		
35. Hacer ejercicio me permite llevar a cabo actividades normales sin que me canse	3,05	,766		
36. Hacer ejercicio mejora la calidad de mi trabajo	2,78	,847		
41. Hacer ejercicio mejora el funcionamiento general de mi cuerpo	3,09	,775		
RENDIMIENTO FISICO				
7. Hacer ejercicio aumenta la fuerza de mis músculos (fortaleza muscular)	2,71	,840		
15. Hacer ejercicio mejora mi condición física (acondicionamiento físico).	3,28	,791		
17. Mi tono muscular mejora haciendo ejercicio.	3,00	,830		
18. Hacer ejercicio mejora el funcionamiento de mi corazón.	1,84	,781		
22. Hacer ejercicio aumenta mis energías	3,11	,818		
23. Hacer ejercicio mejora mi flexibilidad	3,24	,737		
31. Mi vigor físico (fortaleza física) mejora por medio del ejercicio	3,07	,835		
43. Hacer ejercicio mejora mi apariencia física	3,24	,763		
PERSPECTIVA PSICOLOGICA				
1. Yo disfruto el hacer ejercicio.	3,22	,692		
2. Hacer ejercicio disminuye mi estrés y tensión	3,44	,707		
3. Hacer ejercicio mejora mi salud mental	3,38	,650		
8. Hacer ejercicio me hace sentir que hice algo importante	2,95	,864		
10. Hacer ejercicio me hace sentir relajado(a)	3,17	,882		
20. Cuando hago ejercicio, mi sentido de bienestar mejora.	3,16	,750		
INTERACION SOCIAL				
11. Hacer ejercicio me permite tener contacto con mis amistades y con personas que me agradan.	2,79	,835		
30. Hacer ejercicio es una buena forma para yo conocer nuevas personas.	2,79	,896		
38. Hacer ejercicio es un buen entretenimiento para mí	2,96	,837		
39. Hacer ejercicio mejora como me tratan	2,47	,853		
SALUD PREVENTIVA				
5. Haciendo ejercicio, prevengo ataques al corazón	3,17	,820		
13. Hacer ejercicio evitará que me dé alta presión (hipertensión).	3,02	,872		
27. Voy a vivir más tiempo si hago ejercicio	2,82	,887		

Fuente: The Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) (versión adultos) (Sechrist, K.R., Walker, S.N. & Pender, N.J., 2011). Traducido al español por Juarbe, T. (2002)

En relación con el objetivo específico 6 Identificar la percepción de las Barreras para la Práctica del Ejercicio se observa con una $X=2.79$ DE (,583). En general el nivel de percepción de las Barreras para la Práctica del Ejercicio es referida como “Bajo” por el 87.6 % (Tabla 12).

Tabla 12 Estadística descriptiva del nivel de percepción de las Barreras			
Nivel de percepción de las Barreras		<i>f</i>	%
	Bajo	133	87.6
	Moderado	6	3.9
	Alto	13	8.5
	Total	152	100,0

Fuente: The Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) (versión adultos) (Sechrist, K.R., Walker, S.N. & Pender, N.J.). Traducido al español por Juarbe, T. (2002)

Los resultados obtenidos en la Percepción de las Barreras confirman que las afirmaciones más mencionadas fueron calificadas en “En desacuerdo”; las Barreras más identificadas por los Estudiantes en relación a las sub-escalas son: Sub-escala Ambiente relacionado con el ejercicio la afirmación más representativa fue “Me da mucha vergüenza hacer ejercicio” con una $X=2,89$; la sub-escala Inversión del tiempo “Hacer ejercicio toma mucho de mi tiempo de mis responsabilidades familiares” obtiene una $X=2,60$; la sub-escala Esfuerzo físico con la afirmación “Hacer ejercicio es un trabajo duro para mí” con una $X=2,61$ frente a la declaración “Los miembros de mi familia no me animan a hacer ejercicio” la cual pertenece a la sub-escala Desanimo familiar reporta que el 58.5% de los estudiantes afirman estar “En desacuerdo” confirmando los bloqueos imaginarios o reales que perciben los estudiantes en relación a la Práctica para el Ejercicio (Tabla 13)

Tabla 13 Estadística descriptiva de las Barreras para la Práctica del Ejercicio con las Sub-Escalas

	X	DE
AMBIENTE RELACIONADO CON EL EJERCICIO		
9. Los lugares en que yo puedo hacer ejercicio están muy lejos	2,51	,997
12. Me da mucha vergüenza hacer ejercicio	2,89	1,011
14. Hacer ejercicio cuesta mucho dinero	2,85	1,015
16. Los lugares para hacer ejercicio no tienen horarios convenientes para mí.	2,41	,909
28. Yo pienso que las personas en ropa de hacer ejercicio se ven graciosas	2,78	,983
42. Hay muy pocos lugares para yo hacer ejercicio	2,53	1,035
INVERSION DEL TIEMPO		
4. Hacer ejercicio toma mucho de mi tiempo	2,44	,889
24. Hacer ejercicio toma mucho tiempo de las relaciones familiares	2,54	,898
37. Hacer ejercicio toma mucho tiempo de mis responsabilidades familiares	2,60	,886
ESFUERZO FISICO		
6. Hacer ejercicio me cansa	2,31	,816
19. Yo me fatigo cuando hago ejercicio	2,38	,829
40. Hacer ejercicio es un trabajo duro para mí	2,61	,942
DESANIMO FAMILIAR		
21. Mi esposo(a)/compañero(a) o ser más querido no apoya el hacer ejercicio	2,55	,934
33. Los miembros de mi familia no me animan a hacer ejercicio.	2,63	,940

Fuente: The Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) (versión adultos) (Sechrist, K.R., Walker, S.N. & Pender, N.J., 2011). Traducido al español por Juarbe, T. (2002)

4.3 Análisis de Estadística Inferencial y datos.

Con la intención de identificar la distribución normal de los datos se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, permitiendo la decisión de utilizar análisis Paramétrica (Tabla 14).

Tabla 14. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		EBBS	EAG
Parámetros normales ^{a,b}	Media	122,53	2,93
	Desviación típica	13,391	,366
Diferencias más extremas	Absoluta	,107	,539
	Positiva	,107	,422
	Negativa	-,051	-,539
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,325	6,645
Sig. Asintót. (bilateral)		,060	,000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos

En relación con el Objetivo General: Identificar la Autoeficacia percibida en relación a la percepción de los Beneficios y las Barreras para la Práctica del Ejercicio en los Estudiantes de Licenciatura en Enfermería se ha realizado el análisis de correlación entre la EAG y el Instrumento EBBS obteniendo una correlación de Pearson =,102 con Sig. Bilateral =,209 (Tabla 15 y 16).

Tabla 15 Estadística Inferencial EAG y el Instrumento EBBS
Matriz de correlación de Pearson

		Suma EBBS	Suma EAG
Suma EBBS	Correlación de Pearson	1	,102
	Sig. (bilateral)		,209
Suma EAG	Correlación de Pearson	,102	1
	Sig. (bilateral)	,209	

Tabla 16 Estadística Inferencial EAG y el Instrumento EBBS
Pruebas de Chi-cuadrado de Pearson

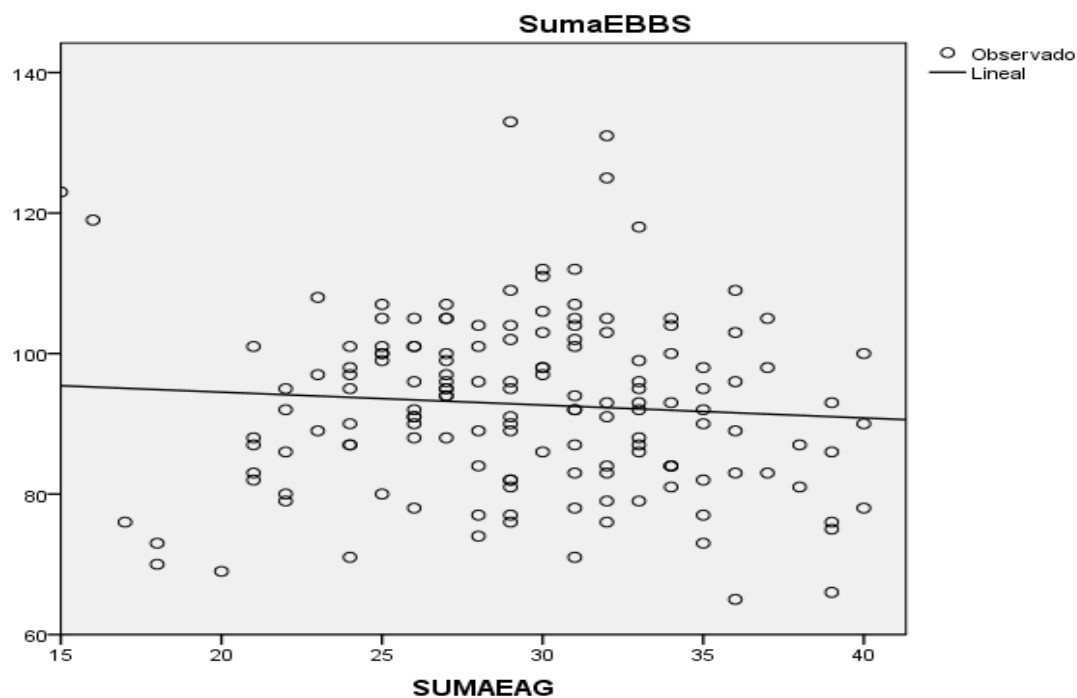
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	139,444 ^a	98	,004
Razón de verosimilitudes	36,406	98	1,000
Asociación lineal por lineal	1,586	1	,208

a. 143 casillas (95,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Para la prueba de hipótesis se corrió una matriz de correlación a la que se agregaron las variables independiente Autoeficacia Percibida (EAG) y la variable dependiente percepción de los Beneficios y Barreras para la Práctica del Ejercicio (EBBS) mostrando una relación lineal simple de .11 ($p < .209$) estadísticamente positiva (Figura 3) dando como resultado que mayor autoeficacia se perciben mayores beneficios percibidos para el ejercicio y se practica con mayor regularidad, mientras que a menores barreras percibidas el ejercicio se practica con mayor frecuente. Con estos datos se apoyan la hipótesis planteada.” H₁ A mayor Autoeficacia, mayor percepción de Beneficios para la práctica del ejercicio H₂ A mayor Autoeficacia, menor percepción de Barreras para la Práctica del Ejercicio (Tabla 17).

Tabla 17 Estadística inferencial EAG y EBBS Regresión Lineal Simple							
Variable independiente: EBBS							
Ecuación	Resumen del modelo					Estimaciones de los parámetros	
	R cuadrado	F	gl1	gl2	Sig.	Constante	b1
Lineal	,011	1,592	1	150	,209	111,544	3,751
Variable dependiente: EAG.							

Figura 3. Diagrama de dispersión de la relación EAG y EBBS



Capítulo 5. Discusión, Conclusión y Recomendación

5.1 Discusión

El objetivo principal del estudio fue Identificar la Relación de la Autoeficacia y la Percepción de los Beneficios y las Barreras para la Práctica del Ejercicio en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería. Los resultados mostrados en la identificación de los factores personales, revelan que las mujeres prevalecen en relación a los hombres, los estudiantes de enfermería se encuentran entre las edades de 17 a 22 años siendo el rango 17 a 18 el más representativo, la ONU, (2015) y UNESCO, (2015) reconocen este grupo de edad como jóvenes que constituyen un grupo heterogéneo que sufren riesgos de adaptación que influyen en sus conductas.

El nivel de Autoeficacia percibida de los Estudiantes es “Alto”; altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general así lo afirma Aranda & Cruz (2014); las afirmaciones más representativas son: “Me es fácil persistir en los que me he propuesto” y “Tengo confianza en manejar eficazmente acontecimientos inesperados”; los hallazgos del estudio demuestran la confiabilidad de la EAG al obtener un coeficiente Alfa de Cronbach (0,84) similar a los resultados obtenidos en los estudios que utilizaron este mismo instrumento, Cid, Arellano & Barriga (2010); Raigal, Videra & Gil (2014); estos resultados permiten aseverar que los reactivos o elementos miden de forma consistente la Autoeficacia General sobre la percepción que tiene los estudiantes de enfermería con respecto a la capacidad para manejar en la vida diaria diferentes situaciones estresantes.

La autoeficacia tiene un carácter evolutivo, dependiendo de las experiencias de cada persona y de la interacción con el entorno, los resultados obtenidos en el Análisis de la Autoeficacia y los Factores Personales predictores de una cierta conducta, revelan que las Mujeres presentan un nivel alto de percepción en relación a los Hombres, que la Edad no tiene relevancia significativa, sin embargo los estudiantes de 21 a 22 años presentan el más alto nivel de autoeficacia y que el Trabajo como variable sociocultural refleja un alto nivel de percepción de la autoeficacia en comparación con los estudiantes que Si trabajan y los que No trabajan; mismo caso es el de la variable de Escolaridad, que entre mayor el grado, mayor es el nivel más

alto de la escala de autoeficacia. Estos resultados coinciden con Aranda & Cruz (2014) en donde determinan si los factores biológicos, psicológicos y sociocultural de los estudiantes de enfermería de la Universidad adventista de Chile son predictores de las conductas promotoras de salud en relación con la autoeficacia, concluyendo que el nivel de escolaridad influye en las conductas promotoras de salud, la edad no resultó variable predictora, sin embargo el mayor puntaje lo obtuvieron los estudiantes de 20 a 24 años.

Los Beneficios y las Barreras para la práctica del ejercicio percibido son importantes mediadores de cambio de comportamiento, de manera global, los estudiantes se perciben con niveles altos, la probabilidad de que un estudiante participe en una conducta de salud depende en gran medida de su magnitud percibida de las barreras y sus beneficios para la práctica del ejercicio, coincidiendo con Lovell, Ansari & Parker, (2010) en donde examinaron los beneficios y barreras de estudiantes universitarios femeninos que no realizaban ejercicio en el Reino Unido, Inglaterra, en general estas mujeres universitarias estuvieron “De acuerdo” y “Muy de Acuerdo” con la mayor parte de los beneficios y las barreras a pesar de no realizar actividad física, concluyendo que la práctica del ejercicio influyen decisivamente en el bienestar y calidad de vida.

En este estudio se identificó el nivel de percepción de los beneficios altos, la Sub-escala con mayor representación fue Perspectiva psicológica con la afirmación “Hacer ejercicio disminuye mi estrés y tensión” y “Hacer ejercicio es un buen entretenimiento para mí” la cual pertenece a la Sub-escala Interacción social; tendencia similar se observó en el estudio conducido en el Reino Unido, Inglaterra (Lovell, et al 2010), así mismo; la Sub-escala Rendimiento físico permitió identificar que los estudiantes consideran que “Hacer ejercicio mejora mi condición física” tal como lo observaron Arboleda, Arango & Feito (2015) en su estudio Actividad física y percepciones de beneficios y barreras en una universidad de Colombia; donde la mayor puntuación frente a los beneficios la obtuvo este mismo ítem.

Al indagar sobre las barreras, el nivel de percepción fue bajo, la Sub-escala más representativa fue Ambiente relacionado con el ejercicio, con la afirmación “Me da mucha vergüenza hacer ejercicio”; al comparar los resultados con los estudios relacionados, las

estudiantes femeninas que no realizaban ejercicio están “De acuerdo” que (Lovell, et al 2010) “Hacer ejercicio toma mucho de mi tiempo” afirmación que pertenece a la Sub-escala Inversión del tiempo, mismo resultado obtenido con los estudiantes de enfermería, aseverando que la falta de tiempo es una de las principales barreras para la práctica del ejercicio; sin embargo, los estudiantes colombianos (Arboleda, et al 2015) estuvieron “En desacuerdo” con esta afirmación.

Una mayor percepción de autoeficacia tiene resultado positivos, lo que empuja a percibir la vida de manera más satisfactoria, esto lo comenta Reigal, Videra & Gil (2014) en su estudio Practica física, autoeficacia general y satisfacción vital en la adolescencia, en donde el propósito es relacionar la práctica física con la autoeficacia general, obtienen correlación significativa positiva entre ambos constructos, coincidiendo con los resultados, la regresión lineal indica que son variables válidas para predecir ambas percepciones y que se correlacionan positivamente entre las dos variables, y que la tendencia ascendente altas puntuaciones en autoeficacia percibida se encuentran vinculadas con altos beneficios y bajas barreras dando como resultado la comprobación de la hipótesis que A Mayor nivel de Autoeficacia, Mayores Beneficios percibidos para el ejercicio y se practica con mayor frecuencia, mientras que a menores Barreras percibidas el ejercicio se practicara con mayor frecuente.

Este estudio tuvo limitaciones metodológicas: el diseño transversal representa una limitante al no poder explicar más allá de un momento dado la relación entre las variables. El tamaño de la muestra no es lo suficientemente grande, en un futuro realizar relaciones con otras licenciaturas también del área de la salud. A pesar de que no se realizó muestreo, dado que la población es previamente conocida, estos resultados permitirán que la Coordinadora Académica de la Licenciatura en Enfermería tome acciones que permitan a los alumnos adquirir hábitos saludables.

Los resultados obtenidos en el estudio no se pueden generalizar para las poblaciones universitarias, sin embargo, se considera que pueden ser útiles para estudios comparativos y replicas en poblaciones con características y condiciones socioculturales similares; así se podrán dar explicaciones más amplias sobre las variables percepción de la autoeficacia y los beneficios y barreras de la práctica del ejercicio en población estudiantil universitaria.

5.2 Conclusión

Los factores personales, biológicos y socioculturales los Estudiantes de Licenciatura en Enfermería, prevalecen las mujeres, la edad de 17 a 18 y el primer semestre son los más representativos.

La Identificación del nivel de Autoeficacia fue “Alta” la afirmación representativa fue “Me es fácil persistir en los que me he propuesto”.

El análisis de la autoeficacia en relación a los factores personales, las mujeres presentan alto nivel de autoeficacia en relación a los hombres, la edad no es significativa, los que Si trabajan presenta alto nivel de autoeficacia y mayor el grado académico mayor nivel de autoeficacia.

El nivel de Percepción de los Beneficios y las Barreras para la práctica del ejercicio es Alto.

El nivel de percepción de los Beneficios es alto; las afirmaciones representativas son: “Hacer ejercicio disminuye mi estrés y tensión” y Hacer ejercicio es un buen entretenimiento para mi”

El nivel de Percepción de las Barreras fue bajo; las afirmaciones representativas son: “Me da mucha vergüenza hacer ejercicio” y “Hacer ejercicio toma mucho de mi tiempo”.

La correlación entre la autoeficacia y la percepción de los Beneficios y las Barreras para la práctica del ejercicio fue significativa, a mayor nivel de autoeficacia, mayores beneficios percibidos para el ejercicio y se practica con mayor frecuencia, mientras que a menores Barreras percibidas el ejercicio se practicara con mayor frecuente.

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, se proponen las siguientes recomendaciones:

5.3 Recomendación

1. Se recomienda implementar periódicamente programas motivacionales para retroalimentar la autoeficacia de todos los estudiantes de licenciatura en enfermería para mantener el alto nivel de autoeficacia percibido.
2. Se recomienda desarrollar actividades a través de dinámicas de grupo, para lograr una mayor interacción entre los estudiantes para que, aquellos que obtuvieron niveles moderados o bajos, logren alcanzar niveles altos de autoeficacia.
3. Orientar a los estudiantes, el hecho de que para llevar a cabo una conducta promotora de salud se debe tomar primeramente la decisión de llevarla a cabo
4. Invertir en el estilo de vida saludable se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de las enfermedades.
5. Dar a conocer los resultados de la investigación a los estudiantes para que ellos identifiquen las razones del porqué no se realiza el ejercicio y trabajar en ellas, de tal manera que los jóvenes puedan interesarse en realizar ejercicio con regularidad como parte de un estilo de vida saludable
6. Estimular a los estudiantes a proponerse mayores retos para cumplir con conductas promotoras de salud, alimentación saludable, iniciar con prácticas del ejercicio como la camita.
7. Tomar acciones a nivel de la Institución Universitaria que permitan a los alumnos adquirir hábitos saludables adecuados y entregar una oferta de actividades físicas que permitan a los estudiantes ocupar sus tiempos libres dentro de la universidad.
8. Realizar un cálculo de muestra lo suficientemente representativo así como comparar grupos de control y de intervención.
9. Realizar estudios longitudinales con un número mayor de mediciones a fin de tener mayor control.

6. Referencias

- Aranda, D. y Cruz, M. (2014). Factores biosociológicos y socioculturales como predictores de la conducta promotora de salud en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Adventista de Chile. Recuperado de:
revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/download/.../21...
- Aristizábal H.G.P., Blanco B.D.M., Sánchez R.A. & Ostiguín M.R.M. (Octubre- diciembre 2011) El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. [En línea]Enfermería Universitaria ENEO-UNAM Vol. 8. Año. 8 No. 4. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
- Baessbler, J. & Schwaezer, R. (1996) Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. Ansiedad y estrés. Recuperado de:
<http://www.nursing.umish.edu/faculty/penderinstruments/ebbsscoring.pdf>.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying theory of behavioral change. Psychological. Recuperado de:
<http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>
- Campos, S. C y Solera, H. A. (septiembre-diciembre 2013) Efecto de diversas actividades físicas y deportivas sobre la autoeficacia de estudiantes universitarios costarricenses Revista electrónica [en línea] Vol.13. Núm. 3. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/447/44729878001.pdf>
- Carta de Ottawa para la Promoción de la salud, (Ottawa, 1986) [en línea] 1ª conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; Recuperado de:
<http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>

Cid, H.P., Orellana, Y. A. & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. [En línea] Rev. Méd. Chile v.138 n.5, 551-557. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500004

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), México. [En línea] Cuestionario para adolescentes. Disponible en:

<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Carballo, J. & Piqueras, J. (2012) Validación de la Escala de Autoeficacia General con adolescentes españoles [En línea] Electronic Journal of Research in Educational Psychology, Vol. 10, No. 26, pp. 355-370. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/2931/293123551018.pdf>

Espinoza, O.L., Rodríguez R. R., Gálvez, C. J. & MacMillan K. N. (diciembre 2011) Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios [En línea] Rev Chil Nutr Vol. 38, N°4. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v38n4/art09.pdf>

Fernández, C. T.; Medina, A. S; Herrera, S. I. M; Rueda, M. S. & Fernández, D.O.A. (Julio-agosto 2011) Construcción y validación de una escala de autoeficacia para la actividad física [En línea] Revista Española de Salud Pública, vol. 85, núm. 4. pp. 405-417
Recuperado de: www.scielosp.org/pdf/resp/v85n4/09_original_breve1.pdf

Gallardo, E., Muñoz A., Planells, P. & López, A. (2015) La etapa universitaria no favorece el estilo de vida saludable en las estudiantes granadinas [En línea] Nutrición Hospitalaria. 2015; 31:975-979) Recuperado de: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8303.pdf>

Giraldo, O. A., Toro, R. M., Macías, L. A., Valencia, G. C. & Palacio, R. S. (Enero-junio 2010) La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables [En línea] Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 15, No.1, págs. 128 – 143,
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>

Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Baptista, L. M.P. (2010) Metodología de la Investigación (5ta. Ed.). México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana.

Laguado, J.E. & Gómez, D. M. (Enero-junio 2014). Estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. [En línea] revista hacia la promoción de la salud, Vol. 19, No. 1, pp. 68-83 Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309131703006>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, (UNESCO, 2010). Evaluación del programa Construye T. Informe final de la primera fase de la evaluación de procesos. Guía para docentes Recuperado de:
www.colomos.ceti.mx/Goe/documentos/PRODUCTO_GUIA_DOCENTES.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Proceso de elaboración de una estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [en línea] Disponible en:
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/gs_process_spanish.pdf.

Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2015). Promoción de la Salud: 53º Asamblea Mundial de Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa16.pdf

Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2015). Informe sobre la Salud en el Mundo: Reducir los riesgos y promover una vida sana Ginebra [En línea]. Disponible en:
http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf.

Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2015). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Recuperado de:
www.paho.org/spanish/AD/SDE/HS/Carta%20Bangkok.doc

Pender, N. J. (2011). Health Promotion Model Manual [En línea] University of Michigan. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2027.42/85350>

Pequeño Larousse ilustrado (2007) México D.F., Ed. Larousse, México, 12ª. Edición.

Pérez, U.G., Laíño, F. A., Zelarayán, J. & Márquez, S. (2014). Actividad física y hábitos de salud en estudiantes universitarios argentinos. [En línea] *Nutrición Hospitalaria*, 30(4) 896-904. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309232271026>

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Principios y Métodos*. (6ta ed.). México, D. F.: McGraw Hill. Interamericana.

Raile Alligoom M., (2011). *Modelos y teorías de enfermería* 8ed. España: Elsevier-Mosby.

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. (22, Tomo 1) Madrid, España, Espasa Calpe.

Reigal, R.; Videra, A. & Gil, J. (2014) Práctica física, autoeficacia general y satisfacción vital en la adolescencia [En línea] *Rev. Int. Med. Cienc. Act. Fis. Deporte*, Vol. 14, No. 55
Recuperado de: <http://cdeporte.rediris.es/revista/inpress/artpractica502.pdf>

Sechrist, K., Walker, S. y Pender, N. (2011). Health Promotion Model- Instruments to Measure HPM Behavioral Determinants: Exercise benefits/barriers scale. [EBBS] (Adult version) [En línea] University of Michigan. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2027.42/85354>.

Secretaria de Salud. Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 [En línea] *Diario Oficial de la Federación*. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Trejo, M. F. (2010) Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo *Revista [en línea] Enf. Neurol. (Mex)* Vol. 9 No. 1:39-44. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101j.pdf>

- Triviño, V. Z. (Diciembre 2012). Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. [En línea] Revista Chía, Colombia, año 12, Vol.12 No. 3. Pág. 275-285. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948007>
- Varela, M., Duarte C., Salazar, I., Lema, L. & Tamayo, J. (julio- septiembre 2011). Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas [En línea] Colombia Médica, vol. 42, núm. 3, pp. 269-277 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28322503002>
- Vidarte, C., Vélez, Á., Sandoval, C. & Alfonso, M. (enero- junio 2011) Actividad física: estrategia de promoción de la salud [en línea] Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 16, No.1, págs. 202 - 218 Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a14.pdf>
- Walker, S., Sechrist, K. y Pender, N. (2011). Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health- Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version.) Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2027.42/85349>.
- World Health Organization. (OMS, 2015) Global strategy on diet, physical activity and health [sede Web]. 2015. Physical activity. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfs_pa.pdf

ANEXOS



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de posgrados en ciencias de la salud
Dirección de posgrados en enfermería

Cuadro de Gantt/ Cronograma de Trabajo

2015-2016

		J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M
Seminario I	Redacción del título	X											
	Esquema del proyecto	x	X										
	Objetivos de la investigación		X										
	Justificación e importancia		x										
	Revisión bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Seminario II	Elaboración de la Introducción			x									
	Elaboración del marco teórico			x	x								
	Elaboración de los instrumentos				x								
Seminario III	Elaboración del protocolo					x	x	x					
	Registro y aprobación del protocolo						x						
	Prueba piloto de los instrumentos							x					
Estadística aplicada a la salud	Aplicación de instrumentos								X				
	Obtención de datos								x	X			
	Análisis de los datos									x	X		
	Interpretación de los datos									x	x		
	Evaluación de resultados									x	x		
Seminario de Tesis	Redacción y revisión de tesis										x	X	
	Elaboración de presentación de tesis											x	x
	Seminario de Presentación y defensa de Tesis												x

Elaboro

L.E. Amanda del Jesús Miss Vera

Autorizo

Mtra. María del Rosario López Huerta

Apéndice A



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Dirección de Posgrados en Salud
Coordinación Académica de Posgrados en Enfermería
Maestría en Ciencias de la Enfermería

Consentimiento Informado

Título del Proyecto: Autoeficacia, beneficios y barreras para la práctica del ejercicio en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería

Investigadores Responsables: LE. Amanda del Jesús Miss Vera
 MCE. María del Rosario López Huerta

Prólogo: Estamos interesados en conocer las características de algunas variables que componen la Autoeficacia, Beneficios y Barreras percibidos para la Práctica del Ejercicio en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería, por lo que te estamos invitando a participar en este estudio, si tu aceptas darás respuesta a las preguntas de una cédula y 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 Identificar la Relación entre la Autoeficacia y la Percepción de los Beneficios y las Barreras para la Práctica del Ejercicio en Estudiantes de Licenciatura en Enfermería, caracterizando los Factores Personales: Biológicos y Socioculturales. Por tal motivo, la información que nos proporciones será de gran utilidad. Se pretende aplicar esta cédula y los cuestionarios a todos los estudiantes de Licenciatura en Enfermería. 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 los cuestionarios 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 LE. Amanda del Jesús Miss Vera y MCE. María del Rosario López Huerta, quienes se encuentran en la Coordinación Académica de Posgrados de Enfermería de 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 Estudiante de Licenciatura

Firma del Investigador Principal

Fecha

Fecha

Apéndice B

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Dirección de Posgrados en Salud
Coordinación Académica de Posgrados en Enfermería
Maestría en Ciencias de la Enfermería

No. de folio _____

Cédula de Factores Personales: Biológicos Y Socioculturales
Estudiantes de Licenciatura en Enfermería (Miss, 2016)

INTRUCCIONES: La presente cédula le hace preguntas relacionadas con los factores personales, biológicos y socioculturales; por favor contesta a cada pregunta de manera completa; en la pregunta que se le indique marcar hágalo con una (X).

FACTORES BIOLOGICOS:

- 1.- GENERO: 1.- Mujer ☐ 2.- Hombre ☐
- 2.- EDAD: 1.- 17 a 18 ☐ 2.- 19 a 20 ☐ 3.- 21 a 22 ☐

FACTORES SOCIOCULTURALES:

- 7.- Trabaja: 1.- SI ☐ 2.- NO ☐
- 8.- Semestre cursando: 1.- Primero ☐ 2. Tercero ☐ 3.- Quinto ☐

Apéndice C



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Dirección de Posgrados en Salud
Coordinación Académica de Posgrados en Enfermería
Maestría en Ciencias de la Enfermería

No. de folio _____

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL (EAG) Bäßler, Schwarzer y Jerusalem, (1996).

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una lista de enunciados que tratan sobre tu percepción respecto a tus capacidades para manejar en tu vida diaria diferentes situaciones estresantes. Marca con (X) la respuesta que te identifique.

INCORRECTO	1
APENAS CIERTO	2
MÁS BIEN CIERTO	3
CIERTO	4

ENUNCIADOS	1 INCORRECTO	2 APENAS CIERTO	3 MÁS BIEN CIERTO	4 CIERTO
1.- Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	1	2	3	4
2.- Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	1	2	3	4
3.- Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	1	2	3	4
4.- Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	1	2	3	4
5.- Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	1	2	3	4
6.- Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo(a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles	1	2	3	4
7.- Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	1	2	3	4
8.- Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	1	2	3	4
9.- Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	1	2	3	4
10.- Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	1	2	3	4

Apéndice D



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Dirección de Posgrados en Salud
Coordinación Académica de Posgrados en Enfermería
Maestría en Ciencias de la Enfermería

No. de folio _____

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DE LOS BENEFICIOS Y LAS BARRERAS PARA LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO [EBBS]

Sechrist, K.R., Walker, S.N. & Pender, N.J. Traducción en el español por Juarbe, T. (2002).

Instrucciones: A continuación hay una lista de declaraciones acerca de algunas ideas sobre el hacer ejercicio. Por favor señale con una (X) si usted está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes declaraciones.

Totalmente de acuerdo	4
De acuerdo	3
En desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

ENUNCIADOS	4	3	2	1
1. Yo disfruto el hacer ejercicio.	4	3	2	1
2. Hacer ejercicio disminuye mi estrés y tensión	4	3	2	1
3. Hacer ejercicio mejora mi salud mental	4	3	2	1
4. Hacer ejercicio toma mucho de mi tiempo	1	2	3	4
5. Haciendo ejercicio, prevengo ataques al corazón	4	3	2	1
6. Hacer ejercicio me cansa	1	2	3	4
7. Hacer ejercicio aumenta la fuerza de mis músculos (fortaleza muscular)	4	3	2	1
8. Hacer ejercicio me hace sentir que hice algo importante	4	3	2	1
9. Los lugares en que yo puedo hacer ejercicio están muy lejos	1	2	3	4
10. Hacer ejercicio me hace sentir relajado(a)	4	3	2	1
11. Hacer ejercicio me permite tener contacto con mis amistades y con personas que me agradan.	4	3	2	1
12. Me da mucha vergüenza hacer ejercicio	1	2	3	4
13. Hacer ejercicio evitará que me dé alta presión (hipertensión).	4	3	2	1
14. Hacer ejercicio cuesta mucho dinero	1	2	3	4
15. Hacer ejercicio mejora mi condición física (acondicionamiento físico).	4	3	2	1
16. Los lugares para hacer ejercicio no tienen horarios convenientes para mí.	1	2	3	4
17. Mi tono muscular mejora haciendo ejercicio.	4	3	2	1
18. Hacer ejercicio mejora el funcionamiento de mi corazón.	4	3	2	1
19. Yo me fatigo cuando hago ejercicio	1	2	3	4
20. Cuando hago ejercicio, mi sentido de bienestar mejora.	4	3	2	1
21. Mi esposo(a)/compañero(a) o ser más querido no apoya el hacer ejercicio	1	2	3	4

22. Hacer ejercicio aumenta mis energías	4	3	2	1
23. Hacer ejercicio mejora mi flexibilidad	4	3	2	1
24. Hacer ejercicio toma mucho tiempo de las relaciones familiares	1	2	3	4
25. Mi disposición (animo) mejora cuando hago ejercicio	4	3	2	1
26. Hacer ejercicio me ayuda a dormir mejor por la noche	4	3	2	1
27. Voy a vivir más tiempo si hago ejercicio	4	3	2	1
28. Yo pienso que las personas en ropa de hacer ejercicio se ven graciosas	1	2	3	4
29. Hacer ejercicio me ayuda a disminuir la fatiga	4	3	2	1
30. Hacer ejercicio es una buena forma para yo conocer nuevas personas.	4	3	2	1
31. Mi vigor físico (fortaleza física) mejora por medio del ejercicio	4	3	2	1
32. Hacer ejercicio mejora el concepto que tengo de mí mismo(a)	4	3	2	1
33. Los miembros de mi familia no me animan a hacer ejercicio.	1	2	3	4
34. Hacer ejercicio aumenta mi agilidad mental	4	3	2	1
35. Hacer ejercicio me permite llevar a cabo actividades normales sin que me canse	4	3	2	1
36. Hacer ejercicio mejora la calidad de mi trabajo	4	3	2	1
37. Hacer ejercicio toma mucho tiempo de mis responsabilidades familiares	1	2	3	4
38. Hacer ejercicio es un buen entretenimiento para mí	4	3	2	1
39. Hacer ejercicio mejora como me tratan	4	3	2	1
40. Hacer ejercicio es un trabajo duro para mí	1	2	3	4
41. Hacer ejercicio mejora el funcionamiento general de mi cuerpo	4	3	2	1
42. Hay muy pocos lugares para yo hacer ejercicio	1	2	3	4
43. Hacer ejercicio mejora mi apariencia física	4	3	2	1

Muchas gracias por su participación.