



**NIVELES DE AUTOPERCEPCIÓN EN RELACIÓN CON  
ASPECTOS FÍSICOS, PSICO-COGNITIVO, SOCIALES Y  
HÁBITOS SALUDABLES EN PERSONAS QUE ASISTEN  
AL PROGRAMA VIDA SANA DE LA COMUNA DE  
PROVIDENCIA, SANTIAGO DE CHILE**

**Tesis**

**para optar al grado de Magíster en Ciencias de la Actividad Física y Salud**

**Mención en Administración y Gestión Deportiva**

**Autor: Cristian Salazar Valdés**

**Profesor Guía: Fernando Maureira Cid**

**SANTIAGO – CHILE**

**2019**

## **Agradecimientos**

Agradezco a toda mi familia por los valores inculcados, perseverancia, honestidad y sobre todo amor por lo que uno hace. Agradezco también a todos los docentes que acompañaron esta investigación en es especial a Don Fernando Maureira por su gran aporte como profesor guía de tesis de magister.

## Resumen

Abordar la salud implica reconocer la relación entre el proceso vital del hombre y el colectivo con los componentes objetivos y subjetivos que se manifiestan en diversas prácticas actuadas en distintos contextos espaciotemporales. El proceso salud en esta dinámica recoge elementos desde lo histórico, lo cultural y lo social y está influenciado por el concepto de hombre como ser integral. Esta integralidad se da por las relaciones entre sus esferas biológicas, psicológicas y sociales, que le permiten la participación en la sociedad como sujeto emancipador y transformador, reconociendo su particularidad, no solo el componente biológico influencia la salud del hombre, sino que la realidad social y cultural también tiene una participación importante y condiciona los procesos de crecimiento y desarrollo del hombre

La presente investigación busca determinar las diferencias del nivel de autopercepción en relación con aspectos físicos, psico-cognitivo, sociales, hábitos saludables y satisfacción usuaria en personas que asisten al Programa Elige Vida Sana de la Comuna de Providencia según rangos etarios.

Mediante una investigación cuantitativa, tipo descriptiva comparativa y un diseño no experimental, se aplicó un cuestionario de 23 preguntas, obteniendo como resultados los múltiples beneficios; físicos, psico-cognitivos, sociales y cambios en sus hábitos y calidad de vida, que obtienen los participantes del programa, como resultados principales se considera al grupo etario de 30 a 39 años con la mayor cantidad de respuestas positivas y el grupo etario de los 50 años con la menor cantidad de respuestas positivas. En el aspecto satisfacción usuaria podemos observar que el 95% de las respuestas fueron positivas, a la hora de evaluar a las profesiones, infraestructura y objetivos del programa.

**Palabras Claves:** Actividad física, Alimentación, Psico-cognitivo, Social, Hábitos Saludables.

## Índice de contenidos

Introducción.....	10
Capítulo 1: Planteamiento del problema.....	12
1.1 Problema de Investigación.....	12
1.1.1 Antecedentes de contexto.....	12
1.1.2 Antecedentes de contexto internacional.....	15
1.2 Justificación del problema de investigación.....	16
1.3 Pregunta de investigación.....	18
1.4 Objetivos.....	19
1.4.1 Objetivo general.....	19
1.4.2 Objetivos específicos.....	19
1.5 Hipótesis.....	20
Capítulo 2: Marco teórico.....	21
2.1 Evaluación en la gestión deportiva.....	21
2.1.1 ¿Qué es la evaluación?.....	21
2.1.2 Modelos de evaluación.....	22
2.1.3 Funciones de la evaluación.....	22
2.1.4 Efectos del proceso evaluativo.....	23
2.1.5 Importancia de la evaluación para la gestión.....	23
2.1.6 ¿Qué es una evaluación de impacto?.....	24
2.1.7 Evaluación de impacto en los programas de actividad física.....	24
2.1.8 Evaluación en la educación física y deporte.....	24
2.2 La obesidad.....	26
2.2.1 ¿Qué es la obesidad?.....	26
2.2.2 Medidas antropométricas.....	27
2.2.3 Actividad física para personas con obesidad y sobrepeso.....	28
2.2.4 Actividad física y sedentarismo en la actualidad.....	31
2.2.5 El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud.....	32
2.3 La autopercepción.....	33

Capítulo 3: Marco metodológico.....	35
3.1 Paradigma y tipo de investigación.....	35
3.2 Diseño de investigación.....	35
3.3 Definición de variables.....	36
3.4 Población y muestra.....	38
3.5 Instrumento de evaluación.....	39
3.6 Procedimiento.....	39
3.7 Análisis de datos.....	39
Capítulo 4: Resultados.....	40
Capítulo 5: Discusiones y conclusiones y líneas investigativas.....	64
Referencias bibliográficas.....	68
Anexos.....	71

## Índice de tablas

Tabla 1. Riesgo de complicaciones metabólicas y de salud según el Índice de Masa Corporal (IMC).....	27
Tabla 2. Riesgos de complicaciones según la circunferencia de la cintura.....	28
Tabla 3. Recomendaciones de actividad y ejercicio físicos para personas con dislipidemia (Ministerio de Salud, 2017).....	30
Tabla 4. Definición de las variables de estudio medidas en el cuestionario realizado para la investigación.....	36
Tabla 5. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu peso corporal? según rango etario.....	40
Tabla 6. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu peso corporal? según rango etario....	41
Tabla 7. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu circunferencia de cintura? según rango etario.....	41
Tabla 8. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu circunferencia de cintura? según rango etario.....	42
Tabla 9. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu condición física? según rango etario.....	42
Tabla 10. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu condición física? según rango etario.....	43
Tabla 11. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu funcionalidad motriz en tus actividades físicas? según rango etario.....	43
Tabla 12. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la Pregunta ¿has mejorado tu funcionalidad motriz en tus actividades físicas? Según rango etario.....	44

Tabla 13. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu estado de ánimo? según rango etario.....	44
Tabla 14. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿consideras que tu autoconfianza ha mejorado? según rango etario.....	45
Tabla 15. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la Pregunta ¿consideras que tu autoconfianza ha mejorado? según rango etario.....	46
Tabla 16. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu estrés? según rango etario.....	46
Tabla 17. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la Pregunta ¿has mejorado tu estrés? según rango etario.....	47
Tabla 18. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu autoestima? según rango etario.....	47
Tabla 19. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la Pregunta ¿has mejorado tu autoestima? según rango etario.....	48
Tabla 20. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu rendimiento laboral o académico? según rango etario.....	49
Tabla 21. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la Pregunta ¿has mejorado tu rendimiento laboral o académico? según rango etario.....	49
Tabla 22. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has formado lazo con tus compañeros de clases? según rango etario.....	50
Tabla 23. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has formado lazo con tus compañeros de clases? según rango etario.....	50
Tabla 24. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu relación con tu núcleo familiar? según rango etario.....	51

Tabla 25. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu relación con tu núcleo familiar? según rango etario.....	51
Tabla 26. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu relación con tu entorno social? según rango etario.....	52
Tabla 27. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu relación con tu entorno social? según rango etario.....	52
Tabla 28. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has aumentado tu consumo de frutas y verduras? según rango etario.....	53
Tabla 29. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has aumentado tu consumo de frutas y verduras? según rango etario.....	53
Tabla 30. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has aumentado tu ingesta de agua diaria? según rango etario.....	54
Tabla 31. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has aumentado tu ingesta de agua diaria? según rango etario.....	54
Tabla 32. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu consumo de azúcar? según rango etario.....	55
Tabla 33. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu consumo de azúcar? según rango etario.....	55
Tabla 34. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu consumo de sal? según rango etario.....	56
Tabla 35. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu consumo de sal? según rango etario.....	56



Tabla 36. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu consumo de alcohol, tabaco y drogas? según rango etario.....	57
Tabla 37. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu consumo de alcohol, tabaco y drogas? según rango etario.....	57
Tabla 38. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tus hábitos de sueño? según rango etario.....	58
Tabla 39. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tus hábitos de sueño? según rango etario.....	58
Tabla 40. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has recibido buena atención de los profesionales a cargo del programa? según rango etario.....	59
Tabla 41. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿está conforme con la infraestructura disponible para el programa? según rango etario.....	60
Tabla 42. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la Pregunta ¿está conforme con la infraestructura disponible para el programa? según rango etario.....	60
Tabla 43. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿recomendaría el programa vida sana a otro usuario? según rango etario.....	61
Tabla 44. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿ingresaría nuevamente al programa vida sana? según rango etario.....	62
Tabla 45. Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la Pregunta ¿ingresaría nuevamente al programa vida sana? Según rango etario.....	62
Tabla 46. Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿Usted cree que se cumplen los objetivos propuesto por el programa? según rango etario.....	63

## Introducción

La actividad física se retoma desde la promoción de la salud a través de la intervención de profesionales en esta área, instituciones sanitarias y educativas como un medio intercesor fundamental que contribuye en la obtención de resultados significativos en pro de la evolución y mejoramiento de la calidad de vida (Vidarte, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (2017) la considera como el factor que interviene en el estado de la salud de las personas, y la define como la principal estrategia en la prevención de la obesidad entendiéndola como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal. Incluye actividades de rutina diaria, como las tareas del hogar y del trabajo”. También involucra dentro de este concepto actividades que requieren de algún grado de esfuerzo como, por ejemplo, lavarse los dientes, trasladarse de un lugar a otro para satisfacer las necesidades, limpiar la casa, lavar el carro, realizar un deporte de alto rendimiento y muchas otras más que el ser humano realiza diariamente (Vidarte, 2011).

La Organización Panamericana de la Salud (2010) en su estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud afirma que la actividad física se vincula al concepto de salud y calidad de vida como una estrategia o intervención efectiva que permite mejorar la autopercepción, el nivel de satisfacción de las necesidades individuales, colectivas y los beneficios reconocidos que esta trae desde lo biológico, psicosocial y cognitivo, además de ser un factor de protección para prevenir, en general, la instauración de enfermedades crónicas (Vidarte, 2011).

La actividad física, desde la salud y enfoque terapéutico, se ha convertido hoy en día en un elemento ideal para evitar algunas enfermedades en su aparición o en su desarrollo, para combatir las secuelas o la manera cómo afecta la calidad de vida algunas enfermedades. En esta perspectiva y para abordar esta primera categoría de análisis se hace relevante retomar algunos elementos concernientes a salud y salud pública. Abordar la salud implica reconocer la relación entre el proceso vital del hombre y el colectivo con

los componentes objetivos y subjetivos que se manifiestan en diversas prácticas actuadas en distintos contextos espaciotemporales. El proceso salud en esta dinámica recoge elementos desde lo histórico, lo cultural y lo social y está influenciado por el concepto de hombre como ser integral. Esta integralidad se da por las relaciones entre sus esferas biológicas, psicológicas y sociales, que le permiten la participación en la sociedad como sujeto emancipador y transformador, reconociendo su particularidad. Lo anterior muestra cómo el hombre a través de su proceso vital se construye y reconstruye permanentemente, influenciando el proceso de salud. De esta forma, no solo el componente biológico influencia la salud del hombre, sino que la realidad social y cultural también tiene una participación importante y condiciona los procesos de crecimiento y desarrollo del hombre (Vidarte, 2011).

# Capítulo 1: Planteamiento del problema

## 1.1 Problema de Investigación

### 1.1.1 Antecedentes de contexto

El cambio demográfico de mayor influencia sobre el sistema de salud en las últimas décadas ha sido el envejecimiento de la población, resultado de una esperanza de vida más larga y de la disminución de la natalidad. Dicho envejecimiento de la población ha implicado una modificación del perfil epidemiológico, con un incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y aumento en la demanda de atención sanitaria creciente a nivel mundial (Ministerio de Salud, 2015).

En el caso de Chile, por ejemplo, el incremento demográfico, junto con la mejora de las cotas de desarrollo socioeconómico, han tenido como resultado una población con mayores expectativas de vida, pero que envejece enferma, debido al aumento de enfermedades crónicas no transmisibles producidas por los estilos de vida actuales de nuestra sociedad (Valenzuela, 2011).

De acuerdo con últimas publicaciones, la obesidad está aumentando en forma impresionante en Chile y en el mundo. En artículo del New England Journal of Medicine sobre obesidad en el mundo, aparece un ranking de países encabezado por Arabia Saudita, Egipto y Estados Unidos, con México en el sexto y Chile en el décimo lugar. Pero en el listado para la obesidad infantil, pasamos a ocupar el quinto lugar. Esto significa que somos *top ten* en obesidad y en niños *top five*. Esto ha creado alarma a nivel mundial y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO) estableció un sistema para monitorear y evaluar el avance en los países para controlar el sobrepeso y la obesidad, por ser “el problema más desafiante de salud pública a nivel mundial, que afecta a una de cada tres personas en el mundo” (2018, p1)

En nuestro país, afecta a tres de cada cuatro personas (74,2%) según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, y en los niños a uno de cada cuatro

niños, siendo la prevalencia de obesidad más alta en las escuelas municipales (30%).

Hasta el presente, no hay experiencias que hayan sido exitosas en el control de la obesidad. Sin embargo, existe consenso en que las políticas deben actuar en tres niveles: en primer lugar, en el entorno escolar, con entrega de frutas y verduras en las escuelas, con normas claras de alimentación y un sólido programa de educación nutricional. En segundo lugar, aplicando impuestos a bebidas gaseosas azucaradas y alimentos procesados con alto contenido de grasas, azúcar y sal, junto con subsidiar los alimentos saludables, especialmente verduras y frutas. Por último, aplicando el etiquetado nutricional, que es aquello en lo que más se ha avanzado en Chile en los últimos años (Vio, 2018).

Para cumplir con lo anterior, se requiere de una Política de Estado de largo plazo que trascienda los gobiernos, continua en el tiempo, con recursos suficientes, dirigido por un ente coordinador desde el nivel central con capacidad ejecutiva para realizar programas de promoción de estilos de vida saludables y de prevención de la obesidad, con presencia en cada una de las Regiones del país.

Sin embargo, para que ello suceda, debe contar con el apoyo y colaboración de la sociedad en su conjunto. Cuando un problema no es sentido ni apoyado por la población, es muy difícil que se transforme en una política pública de largo plazo. Es por ello por lo que la educación de la población en los temas de alimentación y estilos de vida saludables, desde las edades más tempranas, pasa a ser un tema crucial para el futuro de la salud pública en Chile y en el mundo (Vio, 2018).

Las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardíacas, son responsables de más del 70% de todas las muertes anuales en todo el mundo, es decir, de 41 millones de personas. Esto incluye a 15 millones de personas que mueren prematuramente, entre los 30 y 69 años. Más del 85% de estas muertes prematuras se producen en países de ingresos bajos y medios. El aumento de estas enfermedades se debe a cinco factores de riesgo principales: el tabaquismo, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, las dietas poco saludables y la contaminación del aire. Estos factores de riesgo también exacerban los problemas de salud mental, que

pueden originarse desde una edad temprana. La mitad de todas las enfermedades mentales comienzan a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan. El suicidio es la segunda causa de muerte entre los 15 y los 19 años (Mitchell, 2019)

Como consecuencia de la rápida transición epidemiológica y nutricional ocurrida en el país, los procesos de cambio en las políticas de educación y salud ofrecen nuevas e interesantes oportunidades para el desarrollo de estrategias integradas en los establecimientos de educación, que deben responder de manera eficaz a la compleja situación de salud y nutrición de la población preescolar y escolar. Esta situación se caracteriza por el aumento explosivo de la obesidad infantil desde 1987 en adelante, del consumo de drogas y de problemas de salud mental, en un contexto de inequidades en las condiciones de vida de los niños chilenos. La Promoción de Salud es una de las estrategias adecuada para este fin, la que se inició como política pública en 1998.

La política de Promoción de Salud Escolar propone crear entornos propicios a la salud e impulsar estilos de vida saludables, estimulando los factores protectores, con participación de toda la comunidad educativa. El centro educativo tiene la posibilidad de agregar sentido y motivación al proceso de enseñanza-aprendizaje, fortaleciendo su vínculo con las familias y la comunidad, orientando su quehacer hacia el desarrollo de habilidades y la construcción de proyectos de vida. Considerando estos antecedentes, la Organización Panamericana de la Salud (2010), propuso fortalecer los programas de Promoción de Salud Escolar, con tres componentes: educación para la salud, servicios de salud y ambientes saludables.

Promover la salud en el ambiente escolar implica abordar los determinantes conductuales, sociales y ambientales del proceso salud-enfermedad, construyendo ambientes saludables e inclusivos. Un Establecimiento de Educación Promotor de Salud (EEPS) es el que ha integrado en su proyecto educativo el objetivo de reforzar constantemente las oportunidades de salud y bienestar para todos quienes allí estudian y trabajan (Salinas y Vio, 2011).

### 1.1.2 Antecedentes de contexto internacional

A nivel internacional, existe evidencia sobre la relación entre la forma como es conducido y administrado un centro educacional y la salud de los alumnos, cómo se relacionan estudiantes y profesores y cómo la escuela se involucra con los padres y la comunidad, ayudando al aumento de los factores protectores y a reducir las conductas de riesgo (Camargo-Ramos, 2012).

Los EEPS constituyen el ámbito ideal para crear en los niños conciencia de la salud física y mental, con el objeto de transmitirles valores fundamentales para la vida. Muchas de estas ganancias pueden ocurrir sin una *intervención específica de salud*, sino con cambios en la gestión educativa que viabilicen una acción transversal favorecedora de la salud. El enfoque de EEPS implica la participación de la comunidad educativa, para lograr modos de vida saludables en un entorno físico y social escolar protector y puede ser una forma efectiva de lograr tanto resultados educacionales como de salud (Camargo-Ramos, 2012).

La OMS y la OPS impulsan desde hace más de 30 años programas de promoción y educación de salud en el ámbito escolar, basados en los contenidos de la Carta de Ottawa para la Promoción de Salud del año 1986 y siguientes acuerdos internacionales. En el año 1995 se lanza la Iniciativa de Escuelas Promotoras de Salud, renovando un antiguo vínculo salud-educación, con una perspectiva articuladora de los programas de salud escolar, de prevención y protección y de educación para la salud. Su propósito consiste en articular el trabajo intersectorial (salud, educación y otros sectores), potenciando procesos educativos y políticos en beneficio de la salud y bienestar de niños y jóvenes. (Salinas y Vio, 2011).

## 1.2 Justificación del problema de investigación

Considerando la situación epidemiológica actual de Chile, donde la prevalencia de la obesidad y las enfermedades cardiovasculares han aumentado en los últimos años, ha motivado que el Ministerio de Salud busque estrategias de promoción y prevención de estas enfermedades.

Frente a lo anterior el año 2010, se implantó el Programa Elige Vida Sana (PEVS), que busca contribuir a reducir la incidencia de factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus e hipertensión arterial, a través de una intervención en los hábitos de alimentación y la condición física dirigida a niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres embarazadas.

En la actualidad el equipo del PEVS, tiene lineamientos y actividades establecidas, sin embargo, es necesario potenciar habilidades que permitan mejorar el nivel de motivación de los usuarios y usuarias para adoptar estilos de vida saludables y así mejorar la adherencia del programa.

Realizar un programa de salud implica la creación de estrategias, implementación a través de procesos y evaluación. Es en este último punto, donde esta investigación permitirá evidenciar el impacto del programa vida sana, otorgando herramientas que pudieran facilitar potenciar o rediseñar.

Este proyecto de investigación dará a conocer la importancia que tiene realizar la evaluación del impacto que tiene el Programa Elige Vida Sana, y de esa forma evaluar la continuidad y expansión de este.

De forma concomitante, determinar los beneficios que tiene la práctica sistemática de actividad física, alimentación saludable y disminución del consumo de alcohol, drogas y tabaco, en mejorar la calidad de vida de los usuarios en aspectos físicos, cognitivos, psicológicos y sociales.

Según la última Encuesta Nacional de Actividad Física y Deporte (2018) en población de 18 años y más se encuentran los siguientes resultados principales:

- El 81,3% de la población es Inactivo Físicamente.
- El 18,7 % de la población es Activo Físicamente
- 8 de cada 10 chilenos no realiza actividad física o deportiva según la recomendación de la OMS.



- El 66 % de la población es inactivo físicamente y un 15,1% es medianamente practicante de actividad física.
- 7 de cada 10 chilenos no realizan actividad física.
- Desde el año 2006 al 2018 hemos aumentado el % de personas activas y medianamente activas físicamente (según OMS) en un 7.4%.
- Desde el año 2006 al 2018 hemos disminuido el % de personas inactivas físicamente en un 7.4%.
- Según nivel socio económico los 3 últimos grupos (E, D y C3) son los que tienen un mayor % de inactividad física.
- Según sexo los hombres son más activos físicamente que las mujeres con un 54,7% sobre un 45,3% de las mujeres.
- Mientras más edad (sobre los 40 años) más inactividad física existe en nuestra población.
- La Región de Valparaíso presenta el menor nivel de inactividad física con un 58 %, en tanto la Región de Arica Parinacota presenta el mayor nivel con un 84,8%.
- El 59% de la población declara haber adoptado hábitos deportivos por iniciativa propia, seguidos por amigos, padre y otros familiares. Solo en un 4% de los consultados lo atribuye al colegio.
- El lugar de trabajo, las universidades y sedes comunitarias, solo aportan el 11, 1 % de recintos deportivos del país.
- El 83,6% de los consultados identifica el Municipio como la institución responsable de mejorar el servicio deportivo.
- El 51% de la población cree que la actividad física y el deporte no son prioridad como país.

### **1.3 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los diferentes niveles de autopercepción en relación con la mejora de aspectos físicos, psico-cognitivo, sociales y hábitos saludables y en la satisfacción usuaria, en los sujetos de diferentes edades que asisten al Programa Vida Sana de la comuna de Providencia?

## **1.4 Objetivos de la Investigación**

### **1.4.1 Objetivo General**

- Determinar las diferencias del nivel de autopercepción en relación con aspectos físicos, psico-cognitivo, sociales y hábitos saludables y en la satisfacción usuaria en personas que asisten al Programa Vida Sana de la comuna de Providencia según rangos etarios.

### **1.4.2 Objetivo Específico**

- Describir los niveles de autopercepción en relación con aspectos físicos, psico-cognitivo, sociales y hábitos saludables de la muestra.
- Describir los niveles de satisfacción usuaria de la muestra.
- Comparar los niveles de autopercepción en relación con aspectos físicos, psico-cognitivo, sociales y hábitos de vida saludable de la muestra según rango etario.
- Comparar los niveles de satisfacción usuaria de la muestra según rango etario.

## **1.5 Hipótesis**

H<sub>1</sub>= Existen diferencias significativas de los niveles de autopercepción en relación con aspectos físicos, psico-cognitivos, sociales y de hábitos saludables en la muestra que participa en el Programa Vida Sana de la comuna de Providencia según rangos etarios.

H<sub>2</sub>= Existen diferencias significativas en la satisfacción usuaria en una muestra que participa en el Programa Vida Sana de la comuna de providencia según rangos etarios.

## Capítulo 2: Marco Teórico

### 2.1 Evaluación en la gestión deportiva

#### 2.1.1 ¿Qué es la evaluación?

Según Escudero (1980, citado en González, 2010), "... la evaluación es un proceso y no un producto, pero un proceso que se justifica en tanto en cuanto es el punto de apoyo para tomar decisiones racionales. De esta forma definiremos evaluación como el proceso de identificación, recolección, y tratamiento de datos, seguido para obtener información que justifique una determinada decisión".

Para Aguilar y Ander-Egg (1992, citado en González, 2010) la evaluación es una forma de investigación social aplicada, sistemática, planificada y dirigida; se halla encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable, datos e información suficiente y relevante, en que apoyar un juicio acerca del mérito y el valor los diferentes componentes de un programa (tanto en la fase de diagnóstico, como en la de programación o en la de ejecución), para solucionar problemas y promover el conocimiento y la comprensión de los factores asociados al éxito o al fracaso de sus resultados. (González, 2010).

De las definiciones anteriormente señaladas podemos extraer tres conclusiones importantes:

- Que todas comportan un elemento de comparación.
- Que evaluar, además de medir, implica la emisión de juicios de valor.
- Que evaluar es un proceso complejo, pero necesario.

Lo cierto es que las principales dificultades de su aplicación no son de naturaleza técnica, sino de voluntad, de sensibilidad, de creatividad para aplicar la más adecuada. La mejor evaluación es la más operativa, aquella que se centra en obtener datos que permiten adoptar decisiones que optimizan la actividad evaluada. (González, 2010).

### **2.1.2 Modelos de evaluación**

Según González (2010):

- El modelo centrado hacia el cumplimiento de los objetivos de Tayler (1950). Se caracteriza por delimitar los objetivos, la confección de instrumentos y una evaluación encaminada a la indagación sobre el cumplimiento de determinados objetivos.
- El modelo respondente de Stake (1978). Éste consideraba que el evaluador debe involucrarse en el programa para realizar mejoras inmediatas, y puso un especial énfasis en las posiciones ideográficas y las metodologías flexibles.

En el campo específico de la gestión deportiva, cualquiera de los modelos propuestos constituye una aportación, ya que en la actualidad se carece de alguno que permita optimizar la función de la dirección. La ventaja que supone tenerlo en cuenta es la detección de aquellos aspectos susceptibles de mejorar. Las nuevas tendencias de gestión están exigiendo adoptar roles de mayor responsabilidad durante el ejercicio de los desempeños, lo que supone implicarse para ir optimizándolos sistemáticamente (González, 2010).

### **2.1.3 Funciones de la evaluación**

La finalidad de toda evaluación se orienta al estudio objetivo de un programa o actividad, constituyendo la base para la asignación de juicios de valor, pero no ocurre igual con las consecuencias que pueden derivarse de ella. Efectivamente, se puede afirmar que los resultados obtenidos mediante la aplicación de procedimientos de evaluación permiten adoptar decisiones que modifiquen la forma de dirección ejercida sin alterar el contexto. (González, 2010).

Las funciones que cumplen los procesos evaluativos sean éstos de carácter formativo o sumativo, son importantes. Ambas son opciones, lícitas, válidas y recomendables para establecer y mejorar la calidad de la gestión. El

problema está en determinar en qué situación resulta útil y adecuada la utilización de una u otra (González, 2010).

#### **2.1.4 Efectos del proceso evaluativo**

El objetivo de evaluar la dirección es establecer el nivel de calidad de la gestión para procurar contribuir a su optimización y eficacia, y de cuyos resultados dependerá el superar las debilidades del ejercicio del cargo (González, 2010).

La evaluación pone en tela de juicio mecanismos de autocrítica, de la imagen de sí mismo, estimulando cambios cuando las condicionantes durante el desempeño en su calidad de conductor así lo dictaminen, mejorando los procesos de gestión. Desde esta perspectiva es importante señalar que, para producir los cambios correspondientes, éstos deben venir acompañados de diagnósticos adecuados, que permitan explicar las causas de las debilidades para su superación e implementar políticas destinadas a establecer y optimizar la calidad del desempeño. (González, 2010).

#### **2.1.5 Importancia de la evaluación para la gestión**

Múltiples son las repercusiones que trae consigo el desarrollar procesos evaluativos en cualquier organización. Por un lado, da lugar a valorar por parte del responsable cómo se llevan a efecto las labores de dirección, y por otro, aporta antecedentes que dan lugar a aplicar medidas correctivas para una mayor eficiencia de la organización.

*"Desde la perspectiva de las políticas públicas, la evaluación constituye la herramienta que permite a las administraciones e instituciones rendir cuentas ante la sociedad tanto del grado de cumplimiento de sus fines como de la eficiencia que demuestran en el uso de los recursos que se les asigna". (González. 2010 p. 69).*

### **2.1.6 ¿Qué es una evaluación de impacto?**

La evaluación de los resultados de un programa público requiere desarrollar un proceso de trabajo sistemático e independiente orientado a responder preguntas tales como: ¿Se ha contribuido significativamente a resolver el problema que dio origen al programa? ¿Los receptores de los bienes y servicios que genera el programa han resultado realmente beneficiados? ¿Los beneficios recibidos por los participantes son los que se había propuesto lograr el programa o son otros no previstos? ¿Los beneficios están llegando a la población que se pretende atender? ¿Los usuarios del programa están satisfechos con los bienes y servicios recibidos? ¿Los beneficiarios han experimentado un mejoramiento significativo en su condición-problema inicial, como consecuencia de su participación en el programa? (División de Control de Gestión, 2009).

### **2.1.7 Evaluación de impacto en los programas de actividad física**

La evaluación de impacto tiene como propósitos determinar si un programa produjo los efectos deseados en las personas, hogares e instituciones a los cuales este se aplica; obtener una estimación cuantitativa de estos beneficios y evaluar si ellos son o no atribuibles a la intervención del programa (División de Control de Gestión, 2009)

Es por esto por lo que se reconoce la existencia de resultados de corto, mediano y largo plazo. El proceso de evaluación debe incluir estos distintos tipos de resultados e identificar el momento en que corresponde que éstos sean medidos y analizados (División de Control de Gestión, 2009)

### **2.1.8 Evaluación en la educación física y deporte**

El concepto evaluación ha ido recubriendo diferentes nociones a medida que han ido evolucionando los diferentes modelos educativos, por eso, este término recubre significaciones distintas en función de la noción que se le



asigne. Así, es habitual utilizar este vocablo dándole acepciones si no opuestas, sí diferentes. Conocer la evolución de este concepto y su significado en diferentes ámbitos nos parece importante y necesario, sobre todo si queremos tener una idea de conjunto y poder situarnos, posteriormente, frente a sus perspectivas de futuro (Blásquez, 2006).

En sentido vulgar, la evaluación se vincula tradicionalmente al mundo educativo y al ámbito escolar. Ciertamente ha sido ahí donde ha adquirido mayor relevancia y se ha analizado con más intensidad. Pero en sentido riguroso la evaluación es algo que afecta cualquier proceso sistemático e intencional. De ahí que paulatinamente, en su acepción de regulación y optimización, la evaluación va teniendo presencia en cualquier acción programada, sea en el sector social, empresarial, organizativo, etc. (Blásquez, 2006).

En el ámbito escolar la evaluación se ha asociado tradicionalmente a la calificación sancionadora y a la atribución de una *nota*. Así entendida reviste una carga dramática que, desde un tiempo a esta parte, ha sido muy contestada. Actualmente, la idea acerca de la evaluación ha cambiado y ha adquirido un significado sustancialmente diferente proyectado fuera del marco educativo. La evaluación es concebida en la actualidad como la reflexión crítica sobre los componentes y los intercambios en cualquier proceso, con el fin de determinar cuáles están siendo o han sido sus resultados y poder tomar las decisiones más adecuadas para la consecución positiva de los objetivos perseguidos. O si se prefiere, la actividad que, en función de unos criterios, trata de obtener una determinada información de un sistema en su conjunto o de uno o de varios de los elementos que lo componen, siendo su finalidad la de poder formular un juicio y tomar las decisiones pertinentes y más adecuadas respecto a aquello que ha sido evaluado (Blásquez, 2006).

En el ámbito deportivo ha sucedido lo mismo. Cada vez con más frecuencia, los temas relativos al control y la valoración del entrenamiento y del rendimiento deportivo preocupan más a los técnicos. Reservada en una primera época a médicos y fisiólogos del esfuerzo la valoración del deportista va siendo considerada por los entrenadores, como un elemento clave para constatar los cambios producidos, la eficacia de los métodos y de los recursos empleados y sobre todo, supone una ayuda inestimable en la toma de

decisiones. En consecuencia, se establece una íntima relación entre aquellos aspectos que caracterizan la evaluación de la educación física y aquellos que afectan la evaluación del deporte. La experiencia adquirida por la primera, como consecuencia de una necesidad educativa es extrapolable, en gran medida, al mundo del deporte. A lo largo de este trabajo analizaremos algunas cuestiones relativas a la perspectiva actual y futura de la evaluación que, de una manera u otra, afectan, con mayor o menor intensidad, al ámbito de la educación física y/o deporte (Blásquez, 2006).

## **2.2 La obesidad**

La obesidad es quizás el trastorno metabólico y nutricional más antiguo que se conoce en la historia de la humanidad. Así lo demuestran momias egipcias y esculturas griegas. El ser humano tiene mayor riesgo de volverse obeso cuando la población dispone de gran variedad de alimentos, incluyendo los de proceso industrial, y la vida se hace más fácil, mecanizada y ociosa. Estos cambios en los estilos de vida propician el sedentarismo y, a su vez, el desequilibrio entre la energía que se ingiere y el gasto calórico necesario para satisfacer las necesidades metabólicas, termo génicas y de actividad física (Daza, 2006).

### **2.2.1 ¿Qué es la obesidad?**

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial compleja que se desarrolla por la interacción del genotipo y el medio ambiente. El conocimiento sobre cómo y porqué se produce la obesidad es aún incompleto, pero está claro que el problema tiene su raíz en factores sociales, culturales, de comportamiento, fisiológicos, metabólicos y genéticos (Daza, 2006).

## 2.2.2 Medidas antropométricas

Las medidas antropométricas que se utilizan en la valoración del exceso de peso y la obesidad, son la talla y el peso, las circunferencias del tórax, la cintura, las caderas o las extremidades y el pliegue cutáneo. Se puede relacionar el peso y la talla de varias maneras. De todas ellas, la más útil es la proporción llamada índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet, que se obtiene de dividir el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$$

La relación entre la circunferencia de la cintura o abdominal y la de las caderas o glútea, proporciona un índice de la distribución regional de grasa corporal y ha resultado una buena guía en estudios epidemiológicos para valorar los riesgos que ocasiona el exceso de peso para la salud (Daza, 2006).

El riesgo de complicaciones metabólicas y de salud (hipertensión arterial y diabetes) se relaciona tanto con el IMC como con la circunferencia de la cintura tal como aparece en las tablas 1 y 2 (Daza, 2006).

Tabla 1.

Riesgo de complicaciones metabólicas y de salud según el Índice de Masa Corporal (IMC).

IMC	Riesgo
18.5-24.9	Promedio
25.0-29.9	Aumentado
30.0-34.9	Alto
35.0-39.9	Muy alto
>40.0	Extremadamente alto

Tabla 2.

Riesgos de complicaciones según la circunferencia de la cintura.

	Riesgo aumentado	Riesgo muy alto
Hombre	>37 pulgadas (>94 cm)	>40 pulgadas (>102 cm)
Mujer	>32 pulgadas (>80 cm)	>35 pulgadas (>88 cm)

Una medición clínicamente más útil para diagnosticar el sobrepeso es el IMC que como se mencionó anteriormente, se obtiene de dividir el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado (peso/talla<sup>2</sup>). Los valores estándar se pueden usar para todos los pacientes adultos, ya sea hombres o mujeres (Daza, 2006).

Si una persona tiene sobrepeso o está obesa, es indispensable que reciba atención médica y nutricional que le ayude a reducir el peso y evitar complicaciones, a mediano y largo plazo, asociadas con el exceso de grasa corporal (Daza, 2006).

Otra forma para cuantificar la grasa corporal, se mide el espesor del tejido subcutáneo con instrumentos especiales (calibradores de pliegues de piel). Los pliegues cutáneos son fáciles de medir, el instrumento es portable y el procedimiento económico. Aproximadamente la mitad de la grasa del cuerpo se deposita debajo de la piel (tejido celular subcutáneo). El porcentaje de grasa interna o visceral se eleva con el aumento de peso (Daza, 2006).

### 2.2.3 Actividad física para personas con obesidad y sobrepeso

La OMS define el sobrepeso y la obesidad como *una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud* (OMS, 2014). La obesidad ha llegado a constituir en Chile y en muchos países del mundo, un serio problema de salud pública, no sólo por su elevada prevalencia, sino también por su asociación a enfermedades crónicas no transmisibles del

adulto. Aumenta los riesgos de dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, ataque cerebrovascular y algunos cánceres. Además, la obesidad se asocia a un aumento del riesgo de muerte por cualquier causa y de causas cardiovasculares.

La enfermedad es la consecuencia de un desequilibrio mantenido en el tiempo, entre el aporte y el gasto calórico, que, por diversas razones, tanto directas como indirectas, llevan a la obesidad (Ministerio de Salud, 2017). En Chile 1 de cada 11 muertes son atribuibles a la obesidad y sobrepeso. Según estimaciones de la OMS (2017), si se llegara a erradicar la obesidad, se reduciría la diabetes en 60%, en 20% la enfermedad coronaria y los accidentes vasculares y casi en 30% la hipertensión arterial. Por lo que el adoptar un estilo de vida saludable realizando actividad física de forma regular constituye una de las principales medidas para prevenir y manejar dichas patologías mencionadas anteriormente.

La obesidad tiene múltiples consecuencias al sistema cardiovascular. La acumulación crónica de exceso de grasa corporal lleva a una variedad de cambios metabólicos, aumentando la prevalencia FRCV, pero también afectando a los sistemas moduladores de la inflamación. Además de su contribución como un riesgo independiente, la obesidad promueve alteraciones en otros factores como la hipertensión, dislipidemia, intolerancia a la glucosa y apnea obstructiva del sueño (Ministerio de Salud, 2014). En el estudio de Framingham, se mostró que los sujetos obesos tenían el doble de riesgo de poseer una enfermedad cardíaca que un sujeto con peso normal. Un riesgo mayor de 5% para los hombres y 7% para las mujeres por cada unidad de aumento del índice de masa corporal (IMC) fue observado después del ajuste para establecer los factores de riesgo, lo que sugiere una relación directa entre el exceso de grasa corporal y disfunción cardíaca.

También se ha visto que existe una relación inversa entre el nivel de actividad física y el índice de obesidad en la mayoría de los estudios poblacionales en los EE.UU. La evidencia indica que el aumento de la actividad física favorece la pérdida de peso, y que adicionalmente las restricciones dietéticas ayudan a alcanzar y mantener la pérdida de peso y de grasa corporal (Ministerio de Salud, 2017).

Tabla 3.

Recomendaciones de actividad y ejercicio físicos para personas con dislipidemia (Ministerio de Salud, 2017).

Tipo	Modo	Duración	Intensidad	Frecuencia
Aeróbico	Ejercicios dinámicos: Caminata rápida, ciclismo, natación, correr en personas con sobrepeso	40-60 minutos de actividad física.	Moderado a vigoroso (3 a 5 escala de Borg modificada)	Al menos 4 veces por semana.
Fuerza Dinámica	Grandes grupos musculares: Piernas, caderas, abdomen, tórax, hombros y brazos	1-4 series. 8-15 repeticiones 5-10 ejercicios en cada sesión	Moderado a vigoroso (3 a 5 escala de Borg modificada)	Al menos 4 veces por semana.

Según Sadarangani, Von Oetinger y Cheyre (2017):

- Adecuada toma de fármacos bajo control médico, alimentación adecuada.
- Por sí sólo, el padecer dislipidemia no tiene ninguna contraindicación al momento de realizar ejercicio.
- Realizar ejercicio de forma progresiva, es decir, comenzar a tolerancia y con el tiempo ir aumentando en tiempo, intensidad y carga.
- Los efectos del ejercicio tienen una duración de no más de 72 horas por lo que no deje pasar más de 2 días sin hacer ejercicio.
- Si se padece de otra comorbilidad concomitante, referirse a la recomendación correspondiente de dicha patología.

#### **2.2.4 Actividad física y sedentarismo en la actualidad**

Las investigaciones acerca de los beneficios de la actividad física y el deporte suelen estar enmarcadas dentro del discurso médico, que propende por la práctica de deporte con miras a disminuir la probabilidad de ocurrencia de patologías de origen cardiaco, respiratorio, metabólico, entre otras. Si bien estos discursos son importantes, por mucho tiempo se ha desconocido, o al menos no se ha reconocido la importancia del deporte y la actividad física en otros contextos de la vida humana (Ramírez, 2004).

Tradicionalmente, se ha considerado que la práctica de ejercicios saludables tenía relación con la prevención de enfermedades y un estado óptimo de salud. Sin embargo, en la actualidad genera dificultades ya que resulta complejo determinar cómo la población toma conciencia de la incorporación de hábitos de vida saludable (realizar ejercicios saludables, llevar una alimentación adecuada, detener el consumo de tabaco, alcohol y drogas, etc.), que van a repercutir beneficiosamente en su salud y calidad de vida (Valenzuela, 2010).

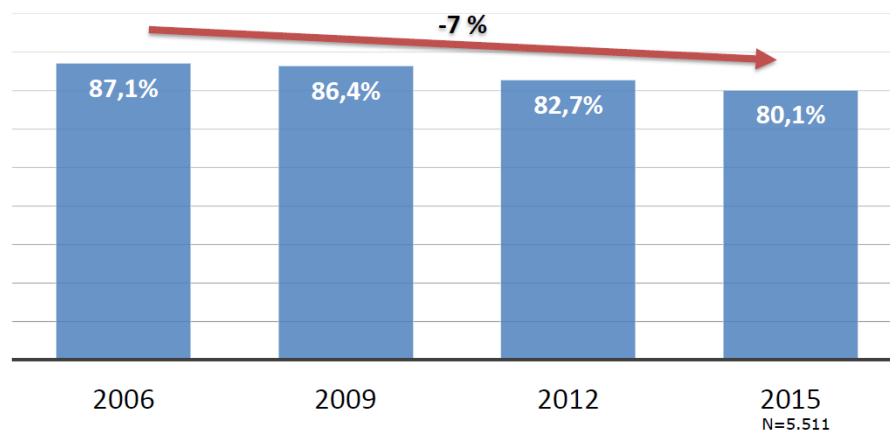
En el caso de Chile, por ejemplo, el incremento demográfico, junto con la mejora de las cotas de desarrollo socioeconómico, han tenido como resultado una población con mayores expectativas de vida, pero que envejece enferma, debido al aumento de enfermedades crónicas no transmisibles producidas por los estilos de vida actuales de nuestra sociedad (Valenzuela, 2010).

Al respecto existe una encuesta nacional sobre: hábitos de la actividad física en la población chilena. (IV Encuesta de hábitos de actividad física y deporte en la población, 2015), en la cual nos indica que los niveles de sedentarismo en la población chilena son extremadamente altos, en donde se señala que el 80,1% de la población es sedentaria.

Entregando también datos sobre la práctica de actividad física y deporte que alcanza un 31,8% de personas practicantes.

Como se ve, a pesar de toda la información existente y de la fundamentación acerca de los beneficios de la práctica físico-deportiva y de la constante difusión para incentivar a la población en la mejora de sus estilos de vida, lo cierto es que los índices de sedentarismo parecen modificarse positivamente, con respecto a ediciones anteriores.

## Porcentaje de sedentarios en Chile según Encuesta Nacional de Actividad Física y Deportes 2015



- Entre 2006 y 2015 se observa un descenso sistemático del sedentarismo (7%).
- La variación media entre los cuatro períodos es de 2,4%.
- Entre el 2012 y el 2015 la disminución fue de 2,6%.

Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes 2015



Figura 1. Porcentaje de Sedentarismo según año correspondiente, Chile.

### 2.2.5 El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud

El panorama mundial está enmarcado por una creciente preocupación por las consecuencias que pueda traer consigo la poca práctica de actividad física o deporte. Los gobernantes en general y los entes estatales encargados de la salud pública en particular, se encuentran alarmados por las cifras que indican la poca actividad física y las consecuencias sociales en términos de bienestar físico que la escoltan. Recientes estudios señalan al sedentarismo como un factor que acompaña la aparición y gravedad de un número importante de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad, entre otras (Ramírez, 2004).

En el contexto latinoamericano se hallan cifras bastante preocupantes que estiman que más de un cuarto de la población mayor a los 14 años no practica una actividad física o deporte. Uno de los estudios más reciente, en



Argentina, encontró que aproximadamente el 60% de los varones y el 75% de las mujeres de entre 25 y 70 años no realizan actividad física regularmente (Argentina en movimiento, 2000). Este estudio plantea, así mismo, que aquellos que participan lo hacen con una frecuencia o dosificación inadecuada. Este panorama, plantean los autores, permite señalar que no están debidamente incorporados en el imaginario colectivo los hábitos que conllevan dicha experiencia vital (Ramírez, 2004).

La consecuencia es que gran número de ciudadanos, en el campo de la salud, se ubican en la categoría de población de riesgo, es decir, son potencialmente vulnerables frente a la posibilidad de contraer alguna enfermedad. En este mismo sentido el documento argumenta que

“el estilo de vida sedentario no sólo atenta contra la calidad de vida de la población, provocando la aparición de enfermedades, sino que, además, tiene un alto costo económico para el país. Un 20% del presupuesto destinado a los organismos y entidades relacionadas a la salud, podría ser evitado si se lograra cambiar este estado de situación, con programas y proyectos que favorezcan el desarrollo de dichas actividades. De esta forma, los recursos disponibles serían orientados de manera eficiente hacia planes de prevención y mejoramiento de la salud pública y no solamente a cubrir las urgentes demandas coyunturales que ocasionan las enfermedades” (Ramírez, 2004, p 68)

### **2.3 La autopercepción**

Autopercepción es un concepto complejo que se ha abordado desde distintos campos del saber, razón por la cual, se han desarrollado diversas interpretaciones y significados de este. Se han utilizado términos como: Conciencia de sí mismo, Autoimagen, Representación de sí mismo, Autoconcepto, Autoestima o el Yo. Sin embargo, todos son sinónimos debido a dos componentes básicos presentes en todos, como son: aspectos cognitivos y

descriptivos de sí mismos, y autoestima, para denotar aspectos evaluativos-afectivos. Por lo tanto, autopercepción implica los dos componentes mencionados. (López y Lameda, 2008)

En relación con las características comunes en los diferentes términos utilizados por diferentes autores sobre autopercepción, Epstein (1988) parte del autoconcepto, el cual define como “un conjunto de conceptos internamente consistentes y jerárquicamente organizados. Considera el autor, una realidad compleja, integrada por diversos autoconceptos más concretos, como el físico, social, emocional y académico; es una realidad dinámica que se modifica con la experiencia, integrando nuevos datos e informaciones y se desarrolla de acuerdo con las experiencias sociales, especialmente con las personas significativas. El mantenimiento de la organización del concepto de sí mismo es esencial para el funcionamiento del individuo, al proporcionarle un sentimiento de seguridad e integridad” (López y Lameda, 2008)

## Capítulo 3: Marco metodológico

### 3.1 Paradigma y tipo de investigación

El paradigma investigativo que se utilizó en esta investigación fue de enfoque cuantitativo el cual *“Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías.”* (Hernández, Fernández, Baptista, 2014. pp 2).

El tipo de investigación es descriptiva-comparativa.

*“Consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas”.* (Hernández, Fernández, Baptista, 2014. pp 92).

### 3.2 Diseño de Investigación

La presente investigación posee un diseño no experimental.

*“Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos”.* (Hernández, Fernández, Baptista, 2014. pp 152).

### 3.3 Definición de variables

Tabla 4.

Definición de las variables de estudio medidas en el cuestionario realizado para la investigación.

VARIABLES	Definición Conceptual	Definición Operacional
Composición corporal	Refleja el estado nutricional, de salud y permite predecir el rendimiento de la salud y la supervivencia.	Refleja el estado nutricional del paciente, es un criterio de ingreso al programa. Si es que este se encuentra sobre lo normal.
Condición física	Habilidad de realizar adecuadamente trabajo muscular.	Habilidad para realizar de la mejor manera el desarrollo de una sesión de actividad física.
Autoconfianza	Convencimiento de que nuestra propia persona es capaz de lograr un objetivo, realizar con éxito una tarea o el enfoque adecuado para realizar el trabajo. Tener confianza en las propias capacidades.	Convencimiento propio, que nos permitirá ejecutar cualquier tarea de la mejor manera posible.
Estrés	Proceso que se pone en marcha cuando una persona percibe una situación o acontecimiento como amenazante o desbordante de sus recursos.(Gutiérrez	Proceso en el cual un usuario, se siente sobrepasado o amenazado, debido a cualquier acontecimiento dentro de las actividades.

	García, J.M, 1998)	
Rendimiento laboral	Comportamientos y resultado enfocado en el logro de objetivos organizacionales a nivel laboral. (Moreno,2001)	Comportamiento enfocado al cumplimiento de los objetivos personales que tiene cada uno en su fuente laboral.
Rendimiento académico	Es el producto de la asimilación del contenido de los programas de estudio, expresado en calificaciones dentro de una escala convencional (Figuroa,2004)	Comportamiento enfocado al cumplimiento de objetivos en sus estudios.
Relaciones familiares	Grupo de personas que están unidas por un vinculo de parentesco, con-sanguíneo, matrimonio o adopción. Asegurando la estabilidad emocional, social y económica de todos sus integrantes.	Grupo familiar que participa en el programa con 2 o más familiares, en este caso podría ser madre e hijo.
Relaciones sociales	Diversas relaciones entre los hombres, que se establecen en el proceso de su actividad en común. Las relaciones sociales se dividen en materiales e ideológicas. Las últimas solo representan una superestructura de las primeras. (Rosental y Ludin, 1959)	Relaciones que se establecen dentro del programa

Hábitos de sueño	Comportamiento habitual y patrones desarrollados por una persona a la hora de dormir.	Comportamientos desarrollados por los usuarios del programa a la hora de dormir.
Satisfacción usuaria	Percepción intelectual y emocional del usuario, respecto al completo cumplimiento de una necesidad o deseo, un bien o un servicio.	Percepción respecto a los cumplimientos de necesidades que tiene cada participante del programa.
Grupo etario	Conjunto de personas clasificados según por edad y pertenecía a una etapa específica dentro del ciclo de vida.	Grupo de personas que fluctúan entre los 20 a los 60 años de edad.

### 3.4 Población y muestra

La población de la presente investigación corresponde a todos los pacientes que participan en el programa vida sana en el Cefam Dr. Alfonso Leng de Providencia en Santiago de Chile, el cual posee en total 100 participantes.

Para efectos de seleccionar un tipo de muestra, se ha definido la más apropiada para la investigación no probabilística intencionada; la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Hernández, et al., 2014).

De esta manera se ha obtenido el tamaño de la muestra con un total de 20 unidades. Del total, un sujeto es varón (5%) y 19 son damas (95%), con edades entre 21 y 64 años, con una media de  $41,7 \pm 13,8$ . Se construyeron cuatro grupos etarios conformados de la siguiente forma: a) edades entre 20 y 29 años con 5 sujetos (25% del total); b) edades entre 30 y 39 años con 3

sujetos (15% del total); c) edades entre 40 y 49 años con 6 sujetos (30% del total); d) edades iguales y mayor a 50 años con 6 sujetos (30% del total).

### **3.5 Instrumento de evaluación**

Para la presente investigación se utilizó el cuestionario *Programa Vida Sana* que este compuesto por 5 secciones: a) aspectos físicos, constituido por cuatro preguntas; b) aspectos psico-cognitivos, constituido por cinco preguntas; c) aspectos sociales, constituido por tres preguntas; d) aspectos de hábitos saludables, constituido por seis preguntas; e) satisfacción usuaria, constituido por cinco preguntas. Todas las preguntas presentan respuestas dicotómicas (Si/No).

El cuestionario fue validado por Director del Centro de Salud Jorge Fernández, Medico Familiar y la Nutricionista Agustina Norambuena. Magister en Nutrición y Alimento.

### **3.6 Procedimiento**

Los pacientes del Programa Elige Vida Sana participaron en la recopilación de datos entre el 8 y el 26 de enero. Período en el cual, al finalizar las clases se dispuso de 15 minutos para contestar el cuestionario de forma individual, basándose en sus apreciaciones respecto a la actividad física y sus beneficios en sus diferentes aspectos humanos.

### **3.7 Plan de análisis de datos**

Se utilizaron los programas estadísticos Excel 2016 y SPSS 24.0 para Windows. Se aplicó estadística descriptiva con porcentajes y tablas de contingencia. También se utilizó estadística inferencial con pruebas de Chi-cuadrado para establecer las diferencias entre grupos.

## Capítulo 4: Resultados

En la tabla 5 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta uno del cuestionario ¿has disminuido tu peso corporal? según edades de la muestra. Es posible notar que el 66,7% de los sujetos con más de 50 años declaran haber disminuido su peso desde que se incorporaron al programa vida sana, misma situación que se da en el 100% de los sujetos entre 30 y 49 años. En total, el 85% de la muestra responde positivamente a la pregunta uno.

Tabla 5

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu peso corporal? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	1	0	0	2	3
	Porcentaje	20,0%	0,0%	0,0%	33,3%	15,0%
Si	Recuento	4	3	6	4	17
	Porcentaje	80,0%	100,0%	100,0%	66,7%	85,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 6 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,352$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.



Tabla 6

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu peso corporal? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,268 <sup>a</sup>	3	0,352
Razón de verosimilitud	4,266	3	0,234
Asociación lineal por lineal	0,309	1	0,578
N de casos válidos	20		

En la tabla 7 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta dos del cuestionario ¿has disminuido tu circunferencia de cintura? según edades de la muestra. Es posible notar que el 100% de los sujetos entre 40 y 49 años declaran haber disminuido su circunferencia de cintura desde que se incorporaron al programa vida sana, misma situación que se da en el 80% de los sujetos entre 20 y 29 años. En total, el 80% de la muestra responde positivamente a la pregunta dos.

Tabla 7

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu circunferencia de cintura? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	1	1	0	2	4
	Porcentaje	20,0%	33,3%	0,0%	33,3%	20,0%
Si	Recuento	4	2	6	4	16
	Porcentaje	80,0%	66,7%	100,0%	66,7%	80,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 8 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,475$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 8

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu circunferencia de cintura? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,500 <sup>a</sup>	3	0,475
Razón de verosimilitud	3,555	3	0,314
Asociación lineal por lineal	0,036	1	0,850
N de casos válidos	20		

En la tabla 9 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta tres del cuestionario ¿has mejorado a tu condición física? según edades de la muestra. Es posible notar que el 100% de los sujetos entre 20 y 49 años declaran haber mejorado su condición física desde que se incorporaron al programa vida sana, mientras que un 83,3 % de los sujetos con 50 años y más, responde positivamente a la pregunta tres. En total, el 95% de la muestra responde de forma positiva.

Tabla 9

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu condición física? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	0	0	0	1	1
	Porcentaje	00,0%	0,00%	0,0%	16,7%	5,0%
Si	Recuento	5	3	6	5	19
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	83,3%	95,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 10 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,483$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 10

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu condición física? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,456 <sup>a</sup>	3	0,483
Razón de verosimilitud	2,534	3	0,469
Asociación lineal por lineal	1,373	1	0,241
N de casos válidos	20		

En la tabla 11 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta cuatro del cuestionario ¿has mejorado tu funcionalidad motriz en tus actividades físicas? según edades de la muestra. Es posible notar que el 100% de los sujetos entre 20 y 49 años declaran haber mejorado su funcionalidad motriz desde que se incorporaron al programa vida sana, disminuyendo esta percepción a un 83,3% de los sujetos entre 50 años y más. En total, el 95% de la muestra responde positivamente a la pregunta cuatro.

Tabla 11

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu funcionalidad motriz en tus actividades físicas? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	0	0	0	1	1
	Porcentaje	00,0%	0,00%	0,0%	16,7%	5,0%
Si	Recuento	5	3	6	5	19
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	83,3%	95,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 12 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,483$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 12

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu funcionalidad motriz en tus actividades físicas? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,456 <sup>a</sup>	3	0,483
Razón de verosimilitud	2,534	3	0,469
Asociación lineal por lineal	1,373	1	0,241
N de casos válidos	20		

En la tabla 13 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta cinco del cuestionario ¿has mejorado tu estado de ánimo? según edades de la muestra. Es posible notar que la totalidad de los sujetos declaran haber mejorado su estado de ánimo desde que se incorporaron al programa vida sana.

Tabla 13

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu estado de ánimo? según rango etario.

		Rango edad				Total
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	
No	Recuento	0	0	0	0	0
	Porcentaje	00,0%	0,00%	0,0%	0,00%	0,0%
Si	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En base a los resultados de la tabla 13 no es posible realizar la prueba de Chi-cuadrado, ya que el 100% de los integrantes de la muestra contestó positivamente.

En la tabla 14 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta seis del cuestionario ¿considera que te autoconfianza ha mejorado? según edades de la muestra. Es posible notar que el 100% de los sujetos entre 30 años y más declaran haber mejorado su autoconfianza desde que se incorporaron al programa vida sana, En total, el 95% de la muestra responde positivamente a la pregunta seis.

Tabla 14

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿considera que te autoconfianza ha mejorado? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	1	0	0	0	1
	Porcentaje	20,0%	0,00%	0,0%	0,00%	5,0%
Si	Recuento	4	3	6	6	19
	Porcentaje	80,0%	100,0%	100,0%	100,0%	95,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 15 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,368$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 15

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿considera que te autoconfianza ha mejorado? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,158 <sup>a</sup>	3	0,368
Razón de verosimilitud	2,937	3	0,402
Asociación lineal por lineal	2,051	1	0,152
N de casos válidos	20		

En la tabla 16 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta siete del cuestionario ¿te ha ayudado a enfrentar el estrés? según edades de la muestra. Es posible notar que el 100% de los sujetos entre 20 y 39 años declaran haber mejorado a enfrentar el estrés desde que se incorporaron al programa vida sana, disminuyendo esta percepción a un 83,3% de los sujetos entre 40 y 49 años. En total, el 95% de la muestra responde positivamente a la pregunta siete.

Tabla 16

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿te ha ayudado a enfrentar el estrés? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	0	0	1	0	1
	Porcentaje	00,0%	0,00%	16,7%	0,00%	5,0%
Si	Recuento	5	3	5	6	19
	Porcentaje	100,0%	100,0%	83,3%	100,0%	95,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 17 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,483$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 17

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿te ha ayudado a enfrentar el estrés? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,456 <sup>a</sup>	3	0,483
Razón de verosimilitud	2,534	3	0,469
Asociación lineal por lineal	,092	1	0,761
N de casos válidos	20		

En la tabla 18 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta ocho del cuestionario ¿consideras que tu autoestima ha mejorado? según edades de la muestra. Es posible notar que el 83,3% de los sujetos con más de 40 años declaran haber mejorado su autoestima desde que se incorporaron al programa vida sana, misma situación que se da en el 100% de los sujetos entre 20 y 39 años. En total, el 90% de la muestra responde positivamente a la pregunta ocho.

Tabla 18

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿consideras que tu autoestima ha mejorado? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	0	0	1	1	2
	Porcentaje	20,0%	0,00%	16,7%	16,7%	10,0%
Si	Recuento	5	3	5	5	18
	Porcentaje	100,0%	100,0%	83,3%	83,3%	90,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 19 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,687$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 19

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿consideras que tu autoestima ha mejorado? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,481 <sup>a</sup>	3	0,687
Razón de verosimilitud	2,190	3	0,534
Asociación lineal por lineal	1,149	1	0,284
N de casos válidos	20		

En la tabla 20 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta nueve del cuestionario ¿consideras que tu rendimiento laboral o académico ha mejorado? según edades de la muestra. Es posible notar que el 83,3% de los sujetos con más de 50 años declaran haber mejorado su rendimiento laboral desde que se incorporaron al programa vida sana, misma situación que se da en el 100% de los sujetos entre 20 y 49 años. En total, el 95% de la muestra responde positivamente a la pregunta nueve.



Tabla 20

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu rendimiento laboral o académico? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	0	0	0	1	1
	Porcentaje	20,0%	0,00%	0,0%	16,7%	5,0%
Si	Recuento	5	3	6	5	19
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	83,3%	95,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 21 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,483$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 21

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tu rendimiento laboral o académico? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,456 <sup>a</sup>	3	0,483
Razón de verosimilitud	2,534	3	0,469
Asociación lineal por lineal	1,373	1	0,241
N de casos válidos	20		

En la tabla 22 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta diez del cuestionario ¿has formado lazos con tus compañeros de clases? según edades de la muestra. Es posible notar que el 66,7% de los sujetos con más de 50 años declaran haber formado lazos con sus compañeros de clases desde que se incorporaron al programa vida sana,

misma situación que se da en el 100% de los sujetos entre 30 y 39 años. En total, el 80% de la muestra responde positivamente a la pregunta diez.

Tabla 22

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has formado lazos con tus compañeros de clases? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	1	0	1	2	4
	Porcentaje	20,0%	0,00%	16,7%	33,3%	20,0%
Si	Recuento	4	3	5	4	16
	Porcentaje	80,0%	100,0%	83,3%	66,7%	80,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 23 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,483$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 23

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has formado lazos con tus compañeros de clases? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,458 <sup>a</sup>	3	0,692
Razón de verosimilitud	1,967	3	0,579
Asociación lineal por lineal	,438	1	0,508
N de casos válidos	20		

En la tabla 24 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta once del cuestionario ¿tu relación con tu núcleo familiar ha mejorado? según edades de la muestra. Es posible notar que el 66,7% de los sujetos entre 40 y 49 años declaran haber mejorado su relación con su núcleo familia desde que se incorporaron al programa vida sana, misma situación que se da en el 100% de los sujetos entre 20 y 39 años. En total, el 85% de la muestra responde positivamente a la pregunta once.

Tabla 24

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿tu relación con tu núcleo familiar ha mejorado? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	0	0	2	1	3
	Porcentaje	00,0%	0,00%	33,3%	16,7%	15,0%
Si	Recuento	5	3	4	5	17
	Porcentaje	100,0%	100,0%	66,7%	83,3%	85,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 25 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,391$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 25

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿tu relación con tu núcleo familiar ha mejorado? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,007 <sup>a</sup>	3	0,391
Razón de verosimilitud	3,863	3	0,277
Asociación lineal por lineal	1,179	1	0,277
N de casos válidos	20		

En la tabla 26 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta doce del cuestionario ¿has mejorado tus relaciones con tu entorno social? según edades de la muestra. Es posible notar que el 80% de los sujetos entre 20 y 29 años declaran haber mejorado su relación con su entorno social desde que se incorporaron al programa vida sana, misma situación que se da en el 100% de los sujetos entre 30 y 49 años. En total, el 90% de la muestra responde positivamente a la pregunta doce.

Tabla 26

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tus relaciones con tu entorno social? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	1	0	0	1	2
	Porcentaje	20,0%	0,00%	0,0%	16,7%	10,0%
Si	Recuento	4	3	6	5	18
	Porcentaje	80,0%	100,0%	100,0%	83,3%	90,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 27 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,604$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 27

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tus relaciones con tu entorno social? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,852 <sup>a</sup>	3	0,604
Razón de verosimilitud	2,593	3	0,459
Asociación lineal por lineal	,036	1	0,850
N de casos válidos	20		

En la tabla 28 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta trece del cuestionario ¿has aumentado tu consumo de frutas y verduras? según edades de la muestra. Es posible notar que el 83,3% de los sujetos de 50 años y más declaran haber mejorado su consumo de frutas y verduras desde que se incorporaron al programa vida sana, misma situación que se da en el 100% de los sujetos entre 20 y 49 años. En total, el 95% de la muestra responde positivamente a la pregunta trece.

Tabla 28

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has aumentado tu consumo de frutas y verduras? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	0	0	0	1	1
	Porcentaje	0,0%	0,00%	0,0%	16,7%	5,0%
Si	Recuento	5	3	6	5	19
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	83,3%	95,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 29 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,483$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 29

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has aumentado tu consumo de frutas y verduras? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,456 <sup>a</sup>	3	0,483
Razón de verosimilitud	2,534	3	0,469
Asociación lineal por lineal	1,373	1	0,241
N de casos válidos	20		

En la tabla 30 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta catorce del cuestionario ¿has aumentado tu ingesta de agua diaria? según edades de la muestra. Es posible notar que el 83,3% de los sujetos de 50 años y más declaran haber mejorado su consumo de frutas y verduras desde que se incorporaron al programa vida sana, misma situación que se da en el 100% de los sujetos entre 20 y 49 años. En total, el 95% de la muestra responde positivamente a la pregunta catorce.

Tabla 30

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has aumentado tu ingesta de agua diaria? según rango etario.

		Rango edad				Total
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	
No	Recuento	0	0	0	1	1
	Porcentaje	0,0%	0,00%	0,0%	16,7%	5,0%
Si	Recuento	5	3	6	5	19
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	83,3%	95,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 31 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,483$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 31

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has aumentado tu ingesta de agua diaria? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,456 <sup>a</sup>	3	0,483
Razón de verosimilitud	2,534	3	0,469
Asociación lineal por lineal	1,373	1	0,241
N de casos válidos	20		

En la tabla 32 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta quince del cuestionario ¿has aumentado tu ingesta de agua diaria? según edades de la muestra. Es posible notar que el 80% de los sujetos de 20 a 29 años declaran haber disminuido su consumo de azúcar desde que se incorporaron al programa vida sana, misma situación que se da en el 100% de los sujetos entre 30 y más. En total, el 95% de la muestra responde positivamente a la pregunta quince.

Tabla 32

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu consumo de azúcar? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	1	0	0	0	1
	Porcentaje	20,0%	0,00%	0,0%	0,0%	5,0%
Si	Recuento	4	3	6	6	19
	Porcentaje	80,0%	100,0%	100,0%	100,0%	95,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 33 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,368$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 33

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has aumentado tu consumo de azúcar? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,158 <sup>a</sup>	3	0,368
Razón de verosimilitud	2,937	3	0,402
Asociación lineal por lineal	2,051	1	0,152
N de casos válidos	20		

En la tabla 34 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta dieciséis del cuestionario ¿has disminuido tu consumo de sal? según edades de la muestra. Es posible notar que el 60% de los sujetos de 20 a 29 años declaran haber disminuido su consumo de sal desde que se incorporaron al programa vida sana, otra situación que se da en el 83,3% de los sujetos entre 40 años y más. En total, el 75% de la muestra responde positivamente a la pregunta dieciséis.

Tabla 34

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu consumo de sal? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	2	1	1	1	5
	Porcentaje	40,0%	33,3%	16,7%	16,7%	25,0%
Si	Recuento	3	2	5	5	15
	Porcentaje	60,0%	66,7%	83,3%	83,3%	75,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 35 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,764$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 35

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu consumo de sal? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,156 <sup>a</sup>	3	0,764
Razón de verosimilitud	1,131	3	0,770
Asociación lineal por lineal	,966	1	0,326
N de casos válidos	20		



En la tabla 36 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta diecisiete del cuestionario ¿has disminuido tu consumo de alcohol, tabaco o drogas? según edades de la muestra. Es posible notar que el 33,3% de los sujetos de 40 a 49 años declaran haber disminuido su consumo de alcohol, tabaco y drogas desde que se incorporaron al programa vida sana, misma situación que se da en el 100% de los sujetos entre 50 años y más. En total, el 70% de la muestra responde positivamente a la pregunta diecisiete.

Tabla 36

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu consumo de alcohol, tabaco o drogas? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	1	1	4	0	6
	Porcentaje	20,0%	33,3%	66,7%	0,0%	30,0%
Si	Recuento	4	2	2	6	14
	Porcentaje	80,0%	66,7%	33,3%	100,0%	70,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 37 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,083$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 37

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has disminuido tu consumo de alcohol, tabaco o drogas? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,667 <sup>a</sup>	3	0,083
Razón de verosimilitud	7,973	3	0,047
Asociación lineal por lineal	,138	1	0,710
N de casos válidos	20		

En la tabla 38 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta dieciocho del cuestionario ¿has mejorado tus hábitos de sueño? según edades de la muestra. Es posible notar que el 50% de los sujetos de 40 a 49 años declaran haber mejorado sus hábitos de sueño desde que se incorporaron al programa vida sana, misma situación que se da en el 100% de los sujetos entre 30 y 39 años. En total, el 70% de la muestra responde positivamente a la pregunta dieciocho.

Tabla 38

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tus hábitos de sueño? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	2	0	3	1	6
	Porcentaje	40,0%	0,0%	50,0%	16,7%	30,0%
Si	Recuento	3	3	3	5	14
	Porcentaje	60,0%	100,0%	50,0%	83,3%	70,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 39 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,365$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 39

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has mejorado tus hábitos de sueño? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,175 <sup>a</sup>	3	0,365
Razón de verosimilitud	3,980	3	0,264
Asociación lineal por lineal	,138	1	0,710
N de casos válidos	20		

En la tabla 40 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta diecinueve del cuestionario ¿has recibido una buena atención de los profesionales a cargo del programa? según edades de la muestra. Es posible notar que la totalidad de los sujetos de 20 años y más declaran haber recibido una buena atención de los profesionales a cargo del programa.

Tabla 40

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿has recibido una buena atención de los profesionales a cargo del programa? según rango etario.

		Rango edad				Total
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	
No	Recuento	0	0	0	0	0
	Porcentaje	00,0%	0,00%	0,0%	0,00%	0,0%
Si	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En base a los resultados de la tabla 40 no es posible realizar la prueba de Chi-cuadrado, ya que el 100% de los integrantes de la muestra contestó positivamente.

En la tabla 41 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta veinte del cuestionario ¿estas conforme con la infraestructura disponible para los controles y actividades del programa? según edades de la muestra. Es posible notar que el 100% de los sujetos de 20 a 49 años declaran estar conforme con la infraestructura para las actividades del programa, misma situación el 83,3% de los sujetos de 50 años y más. En total, el 95% de la muestra responde positivamente a la pregunta veinte.

Tabla 41

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿estas conforme con la infraestructura disponible para los controles y actividades del programa? según rango etario.

		Rango edad				Total
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	
No	Recuento	0	0	0	1	1
	Porcentaje	0,0%	0,00%	0,0%	16,7%	5,0%
Si	Recuento	5	3	6	5	19
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	83,3%	95,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 42 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,483$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 42

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿estas conforme con la infraestructura disponible para los controles y actividades del programa? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,456 <sup>a</sup>	3	0,483
Razón de verosimilitud	2,534	3	0,469
Asociación lineal por lineal	1,373	1	0,241
N de casos válidos	20		

En la tabla 43 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta veintiuno del cuestionario ¿recomendarías el programa vida sana? según edades de la muestra. Es posible notar que el 100% de los sujetos de 20 años y más recomiendan el programa vida sana.

Tabla 43

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿recomendarías el programa vida sana? según rango etario.

		Rango edad				Total
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	
No	Recuento	0	0	0	0	0
	Porcentaje	00,0%	0,00%	0,0%	0,00%	0,0%
Si	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En base a los resultados de la tabla 43 no es posible realizar la prueba de Chi-cuadrado, ya que el 100% de los integrantes de la muestra contestó positivamente.

En la tabla 44 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta veintidós del cuestionario ¿ingresarías nuevamente al programa vida sana? según edades de la muestra. Es posible notar que el 100% de los sujetos de 30 años y más declaran que ingresarían nuevamente al programa, misma situación el 80% de los sujetos entre de 20 y 29 años. En total, el 95% de la muestra responde positivamente a la pregunta veintidós.

Tabla 44

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿ingresarías nuevamente al programa vida sana? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	1	0	0	0	1
	Porcentaje	20,0%	0,00%	0,0%	0,0%	5,0%
Si	Recuento	4	3	6	6	19
	Porcentaje	80,0%	100,0%	100,0%	100,0%	95,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 45 se muestra la prueba de Chi-cuadrado comparando el porcentaje de respuestas según rango etario, donde  $p=0,368$  lo que revela que no existen diferencias significativas en la cantidad de respuestas positivas según la edad.

Tabla 45

Prueba de Chi-cuadrado de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿ingresarías nuevamente al programa vida sana? según rango etario.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,158 <sup>a</sup>	3	0,368
Razón de verosimilitud	2,937	3	0,402
Asociación lineal por lineal	2,051	1	0,152
N de casos válidos	20		

En la tabla 46 se observan los porcentajes de respuestas positivas y negativas a la pregunta veintitrés del cuestionario ¿usted cree que se cumplen los objetivos propuestos por el programa? según edades de la muestra. Es posible notar que el 100% de los sujetos declaran que los objetivos del programa se cumplen.

Tabla 46

Porcentaje de respuestas positivas y negativas a la pregunta ¿usted cree que se cumplen los objetivos propuestos por el programa? según rango etario.

		Rango edad				
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años y más	Total
No	Recuento	0	0	0	0	0
	Porcentaje	00,0%	0,00%	0,0%	0,00%	0,0%
Si	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Recuento	5	3	6	6	20
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En base a los resultados de la tabla 46 no es posible realizar la prueba de Chi-cuadrado, ya que el 100% de los integrantes de la muestra contesto positivamente.

## Capítulo V: Discusiones, conclusiones y líneas investigativas

En esta investigación se determinó las diferencias del nivel de autopercepción en relación con aspectos físicos, psico-cognitivo, sociales, hábitos saludables y satisfacción usuaria en personas que asisten al Programa Elige Vida Sana de la Comuna de Providencia según rangos etarios. Nos encontramos que existen beneficios en la mejora de la condición física, reducción de peso corporal, disminución circunferencia de cintura, mejora en las acciones motrices diarias, sino que también existe otros aspectos fundamentales en la vida del ser humano como los aspectos, psicocognitivos, sociales, hábitos saludables y la satisfacción usuaria frente al programa en ejecución.

En el aspecto físico podemos observar que el rango de edad entre los 20 y 49 años es el grupo con mas porcentaje de respuestas positivas, en cambio el grupo etario de 50 años y más, es el con menor respuestas positivas, esto es posible debido a la mayor dificultad que existe en cambiar hábitos saludables y condición física después de los 50 años. Según la pregunta número tres del cuestionario ¿has mejorado tu condición física?, se obtuvo un 100% de respuestas positivas entre el grupo etario de 20 a 49 años, esto se debe a la práctica de actividad física que pudiesen tener previamente a la participación al programa, no así en el grupo etario de los 50 años y más, ya que son personas que no obtuvieron la formación física adecuada para adaptarse a los actuales tipos de actividades física, disminuyendo así, sus resultados.

En el aspecto psico cognitivo podemos observar que el rango de edad entre los 30 y 39 años es el grupo con mas porcentaje de respuestas positivas, en cambio el grupo de 50 años y más, es el con menor respuestas positivas. Según la pregunta numero cinco del cuestionario ¿has mejorado tu estado de ánimo?, es posible determinar que todos los participantes respondieron de forma positiva, esto se debe los múltiples beneficios que se obtienen al practicar actividad física de forma sistemática y mejorar nuestros hábitos alimentarios.



Según la pregunta número ocho del cuestionario ¿consideras que tu autoestima ha mejorado?, se obtuvo un 100 % de respuestas positivas en el grupo etario de 30 a 39 años, esto se debe a la etapa de personal que se encuentra un adulto en el ámbito personal, familiar y económico, lo cual les permite preocuparse de su salud integral.

En el aspecto social podemos observar que el rango de edad entre los 30 y 39 años es el grupo con más porcentaje de respuestas positivas, en cambio el grupo de 50 años y más, es el con menor respuestas positivas. Según la pregunta numero diez del cuestionario ¿has formado lazos con tus compañeros?, se obtuvo 33.3% de repuesta negativa, en el grupo etario de 50 años y más, esto se debe a la escases de interés al relacionarse con los demás o las pocas habilidades sociales con las que cuentan.

En el aspecto hábitos saludables podemos observar que el rango de edad entre los 30 y los 49 años es el grupo con mas porcentajes de respuestas positivas, en cambio el grupo de 50 años y más, es el con menor respuesta positivas. Según la pregunta trece ¿has aumentado tu consumo de frutas y verduras? y la pregunta catorce ¿has aumentado tu ingesta de agua diaria?, se obtuvo un 100% de respuestas positivas en el grupo etario entre 30 a 49 años, esto se debe a pertenecer a una generación mas consciente a los hábitos alimentarios fundamentales como lo son el consumo diario de frutas, verduras y agua, también su poder adquisitivo juega un rol importante a la hora de poder comprar dichos productos.

Es en la pregunta numero dieciséis del cuestionario ¿has disminuido tu consumo de sal?, donde se obtuvo un mayor diferencia entre respuestas positivas y negativas, en el caso del grupo etario entre los 20 a 29 años donde el 40% declara no haber disminuido su consumo de sal, esto se debe al consumo excesivo de comida procesada, desorden de horarios y al precio accesible que tiene la comida chatarra.

En el aspecto satisfacción usuaria podemos observar que el 95% de las respuestas fueron positivas, a la hora de evaluar a las profesiones, infraestructura y objetivos del programa. Según la pregunta veintitrés ¿usted cree que se cumplen los objetivos del programa?, se logro obtener que el 100% de las respuestas fueron positivas, esto se debe a la gran adherencia que tiene

los pacientes a las sesiones de actividad física y los talleres nutricionales que asisten durante su ciclo de 6 meses de intervención.

### **Líneas de investigación**

**Área Profesional:** El profesional de la educación física carece de conocimientos, y experiencia para desempeñarse en el área de salud pública.

- El perfil de egreso de un profesor de educación física no solo debe estar ligado a la educación, actividad física y deporte, sino que también se debe enfatizar en áreas como la nutrición, actividad física con patologías crónicas y actividad física para adulto mayor.
- En la CDS de providencia solo existen 3 profesores de educación física.
- Cada año son más los kinesiólogos que realizan trabajo ligados a la actividad física en salud. ¿por qué?

**Área de Investigación:** El Profesor de educación física tiene la obligación de realizar una investigación o evaluación con los grupos con los cuales trabaja. Esto nos permitirá tener información de resultados e impacto en el trabajo realizado durante un periodo determinado.

- Se debe diagnosticar, planificar, controlar, evaluar y mejorar el trabajo realizado.
- Investigar en áreas como:
  1. Impacto que genera la práctica de actividad física y cambios de hábitos saludables.
  2. Que tipos de actividad y ejercicio físico debe realizar una persona dependiendo de su condición de salud.
  3. Adherencia en la práctica de actividad y ejercicio físico.
  4. Educar a la población para que ellos tengan conocimientos de entrenamiento básico.

**Área Políticas Públicas:** Nuestro país necesita más políticas públicas en educación, deporte, salud y desarrollo social.

- Nuevas políticas públicas en el área de la educación física preescolar, escolar, educación superior.
- Nuevas políticas en prevención de enfermedades a través de la práctica sistematizada de actividad y ejercicio físico.
- Políticas públicas en la práctica masiva de todos los deportes olímpicos.
- El deporte de alto rendimiento como una profesión, no como un hobby.

## Referencias bibliográficas

- Amador, F. y Valenzuela, L. (2010). *Hacia una aptitud deportiva saludable*. Santiago: Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez.
- Blázquez, D. (2006). *Evaluar en la educación física*. Recuperado de <http://prepa7.unam.mx/portales/colegios/EFISICA/wp-content/uploads/2018/02/Evaluar-en-educacion-fisica-Domingo-BI%C3%A1zquez-.pdf>.
- BrainWork. (2002). *The Neuroscience Newsletter*, 12.
- Camargo-Ramos, C. & Pinzón-Villate, G. (2012). La promoción de la salud en la primera infancia: Evolución del concepto y su aplicación en el contexto internación y nación. *Revista de la Facultad de Medicina*, 60, 62-74.
- Carmona, L., Rozo, C. & Mogollón, A. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, 3(1), 62-77.
- Caspersen, C., Powell, K. & Christenson, G. (1985). *Physical-Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and distinctions for health related research*. *Public Health Reports*, 100 (2), 126-131.
- Daza, C. (2006). *La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud*. *Colombia Médica*, 33(2), 72-80.
- Departamento Investigación Diseño. (2013). *Sistema de Evaluación Programas de la división Actividad Física y Deportes*. Santiago, Chile: Gobierno de Chile, Ministerio de Hacienda.
- Dirección de presupuesto. (2010). *Informe de síntesis, Evaluación en profundidad de los programas de promoción deportiva*. Santiago, Chile: Gobierno de Chile, Ministerio de Hacienda.
- División de control de gestión. (2009). *Metodología Evaluación de Impacto*. Chile: Gobierno de Chile, Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuesto.
- Figueroa, C. (2004). *Sistemas de Evaluación Académica*. Santiago: Universitaria.
- González. M. (2010). *Evaluación en la gestión de una entidad deportiva*. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación Chile.

- Gutiérrez García, J. (1998). La promoción del estrés. *Revista electrónica de Psicología*, 2(1), 1.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Lamela, M. (2009). *Valoración de la condición física relacionada con la salud en el ámbito educativo*. Recuperado de <http://centros.edu.xunta.es/cfr/lugo/files/valoracióncondiciónfísica.pdf>
- Law, M., Morris, J. & Wald, N. (2009) Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*, 338, b1665.
- López, G. & Lameda, B. (2008). *Análisis de los constructos teóricos: vida cotidiana, familia, autopercepción y motivación*.
- Ministerio de Salud. (2010). *Encuesta Nacional de Salud*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2015). *Orientación y Lineamientos Programa Vida Sana*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2017). *Recomendaciones de actividad física para personas con comorbilidad*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Mitchell, C. (2019). OPS/OMS. *Cuáles son las 10 principales amenazas a la salud en 2019*. Recuperado de: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14916:ten-threats-to-global-health-in-2019&Itemid=135&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14916:ten-threats-to-global-health-in-2019&Itemid=135&lang=es)
- Moreno, J. (2001). *Selección de personal: Enfoque clásico y de competencias*.
- Ramírez, W. (2004). El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: Una revisión teórica. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 67-75.
- Rosental, M. & Ludin, P. (1959). *Diccionario filosófico marxista*. Buenos Aires: Seneca.
- Salinas, J. y Vio, F. (2011). Health and nutrition programs without a state policy: The case of school health promotion in Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(2), 100-116.

- Teixeira, C. y Kalinoski, S. (2003). *La importancia del deporte como factor social en las matrículas en escuelas deportivas de la administración pública de Pindamonhangaba-Brasil*. Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efd60/social.htm>
- Valenzuela, L. (2008). *Factores de riesgo de la salud en estudiante de pedagogía en Universidades chilenas*. Tesis Doctoral. Universidad de las palmas de gran canaria, Gran canaria, España.
- Valenzuela, L. (2011). El acercamiento de la salud a la educación física. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, 4, 21-27.
- Vidarte, J. (2011). Actividad física: Estrategia de promoción de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1), 202-218.
- Vio del Rio, F. (2018). Aumento de la obesidad en Chile y en el mundo. *Revista Chilena de Nutrición*, 45(1), 6.

## Anexos

Instrumento de aplicación.

### CUESTIONARIO PROGRAMA ELIGE VIDA SANA

Nombre Completo: _____		
Edad: _____	Sexo: _____	: _____
Fecha de Entrada: __ - __ - _____	Fecha de Control: __ - __ - _____	: _____

- Buscamos conocer los beneficios obtenidos durante su participación en el programa vida sana.
- Marque con una X la respuesta que considere más acorde con respecto a los siguientes ítems.

1.- FÍSICOS			
	SI	NO	
¿Has disminuido tu peso corporal?			
¿Ha disminuido tu circunferencia cintura?			
¿Has mejorado tu condición física?			
¿Has mejorado tu funcionalidad motriz en tus actividades diarias?			
Comentarios			

2.- PSICO-COGNITIVOS			
	SI	NO	
¿Has mejorado tu estado de ánimo?			
¿Consideras que tu autoconfianza ha mejorado?			
¿Te ha ayudado a enfrentar el estrés?			
¿Consideras que ha mejorado tu autoestima?			
¿Has mejorado tu rendimiento laboral o académico?			
Comentarios:			

### 3.- SOCIAL

	SI	NO	
¿Has formado lazos con tus compañeros de clases?			
¿Tu relación con tu núcleo familiar ha mejorado?			
¿Has mejorado las relaciones con tu entorno social?			
Comentarios			

### 4.- HÁBITOS SALUDABLES

	SI	NO	
¿Has aumentado tu consumo de frutas y verduras?			
¿Has aumentado tu ingesta de agua diaria?			
¿Has disminuido tu consumo de azúcar?			
¿Has disminuido tu consumo de sal?			
¿Has disminuido tu consumo de alcohol, tabaco o drogas?			
¿Has mejorado tus hábitos de sueño?			
Comentarios			

### 5.- SATISFACCIÓN USUARIA

	SI	NO	
¿Ha recibido buena atención de los profesionales a cargo del programa?			
¿Está conforme con la infraestructura disponible para los controles y actividades del programa?			
¿Recomendaría el programa vida sana a otros usuarios?			
¿Ingresaría nuevamente al programa vida sana?			
¿Usted cree que se cumplen los objetivos propuesto por el programa?			
Comentarios			