

UNIVERSIDAD ESAN



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD
FÍSICA EN EJECUTIVOS EN LA CIUDAD DE LIMA**

Tesis presentada en satisfacción parcial de los requerimientos para optar el
grado de Magister en Administración

Presentada por:

Cecilia Puente Mansilla	Mención en Dirección Avanzada de Proyectos
Vanessa Saldaña Yañez	Mención en Dirección Avanzada de Proyectos
Julio Matamet Melo	Mención en Marketing

Programa de Maestría en Administración a Tiempo Parcial 59

Lima, 06 de octubre del 2017

Esta tesis

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN
EJECUTIVOS EN LA CIUDAD DE LIMA**

Ha sido aprobada por:

.....
Ph. D. Kety Jáuregui Machuca (Jurado)

.....
Ph. D. Omar Manky Bonilla (Jurado)

.....
Ph.D. Juan Timaná de la Flor (Asesor)

Universidad ESAN

2017

A mis padres Néyer y Maru por inspirarme a ser cada día mejor. Por todo su amor, confianza y apoyo constante.

A mi esposo Wilson y mi Leonardito, por todo el amor, paciencia, comprensión y demostrarme su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida.

Cecilia Lorena Puente Mansilla

A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional para alcanzar esta meta. A Dios por darme mucha fortaleza para seguir adelante, por estar siempre presente en mi vida y bendecirme para llegar hasta donde he llegado.

Dina Vanessa Saldaña Yañez

A Dios quién supo guiarme por este largo camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los problemas.

A mi madre que desde el cielo siempre estuvo cuidando de mí, a mi padre y hermanos por su apoyo, consejos, comprensión y amor.

Julio Simon Matamet Melo

Cecilia Lorena Puente Mansilla

Magíster en Administración de empresas, con siete años de experiencia en administración y proyectos de inversión. Especialista en formulación y evaluación de proyectos de inversión pública por la Universidad ESAN. Consultora en seguimiento y monitoreo de proyectos. Alto énfasis en la calidad y búsqueda de mejora continua en productividad. Con altos valores éticos y orientación a resultados.

FORMACIÓN ACÁDEMICA

Maestría en Administración	2015-2017
Mención en Dirección Avanzada de Proyectos	
Universidad ESAN	
Bachiller en Ing. en Gestión Empresarial	1999-2003
Título: Ingeniera en Gestión Empresarial	
Universidad Nacional Agraria La Molina	

EXPERIENCIA PROFESIONAL

INFRAENERCOM

Empresa dedicada a la ejecución de proyectos de telecomunicaciones, fibra óptica, ingeniería de estudio.

Analista de proyectos en la Gerencia de Operaciones **05/2016 – a la fecha**

Participar en la planificación del proyecto, dando soporte al Jefe de Proyecto y la Gerencia; monitorear y controlar los avances del proyecto, reportes semanales en función al cronograma y presupuesto, coordinando con todos los interesados y proponer medidas preventivas o correctivas para los desfases detectados.

INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE (IPD)

Ente estatal rector de las actividades deportivas peruanas. Organismo público descentralizado adscrito al Ministerio de Educación del Perú.

Especialista en evaluación de proyectos SNIP **05/2015 – 03/2016**

Responsable de la ejecución del proyecto: Meta 29 del Plan de Incentivos del MEF para la Región Ancash – Lima – Ucayali.

Asesorar a las municipalidades asignadas en la identificación de problemas, diagnóstico y planteamiento de alternativas de solución a problemas en el sector de deportes, evaluación económica de estudios de preinversión de infraestructura deportiva.

Logré la aprobación de 20 perfiles de proyectos (de montos de inversión entre S/. 300M a S/. 14MM nuevos soles) evaluados de acuerdo a los lineamientos del IPD dentro del marco del SNIP, por un monto total de S/. 43.85MM, beneficiando alrededor de 90,000 personas en las tres regiones.

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE EL AGUSTINO

Jefa de Oficina de Programación e Inversiones (OPI)

02/2015 – 05/2015

Encargada de evaluar los proyectos de inversión pública registrados en el Banco de Proyectos de la Municipalidad (estudios a nivel de perfil y factibilidad y hacer las coordinaciones respectivas con el Ministerio de Economía y Finanzas (DGIP); Registrar en el Banco de Proyectos los formatos SNIP de Consistencia y registro de variaciones entre el PIP viable y el expediente técnico.

COMPANIA JHC S.A.C.

Empresa dedicada a la construcción de obras civiles para diferentes sectores económicos tanto al sector público como privado.

Analista de proyecto para INVERMET

02/2014 – 01/2015

Apoyo durante la ejecución de los proyectos de infraestructura urbana, monitorear y controlar los avances mediante reportes semanales en función al cronograma y presupuesto, coordinando con todos los interesados y proponer medidas preventivas o correctivas para los desfases detectados.

Se realizó la evaluación socioeconómica de los estudios de preinversión (flujos económicos), por un monto de inversión de S/. 2.5 MM nuevos soles, recomendando la viabilidad.

CVL INGENIEROS CONSULTORES SAC

Empresa consultora del sector construcción, especializada en estudios de ingeniería, desde el diseño hasta la ejecución de proyectos.

Coordinadora de estudios SNIP

11/2012 – 12/2013

Participación desde la planificación de proyectos: Revisión de alcances, TDR, cronograma de entregables, y en la ejecución hasta la fase de inversión.

Apoyo en el seguimiento y control de proyectos de infraestructura vial según cronograma.

Evaluación y revisión de los aspectos económicos y sociales de los estudios a nivel de perfil y factibilidad, con inversiones por un monto de S/. 150 MM nuevos soles y su registro en el Banco de Proyectos.

CORPORACIÓN SUYO (para Empresa Minera XSTRATA LAS BAMBAS)

Supervisora de la Consultoría de Elaboración de 05 proyectos de inversión pública, realizada por la empresa CDE-SGT.

06/2012 – 11/2012

Participación desde la fase de ejecución del proyecto, siendo las principales funciones realizar reuniones periódicas de seguimiento de las actividades de acuerdo al Plan de Trabajo y Contrato firmado con la empresa, revisión de reportes semanales y curva S; Revisar la calidad de los entregables y la entrega a tiempo de los mismos.

AQUALOGY ahora SUEZ (ex AGBAR PERU)

Compañía dedicada a desarrollar proyectos de consultoría, diseño, ingeniería y construcción, equipamiento, mantenimiento, formación y gestión del recurso agua, brindando soluciones integradas para un desarrollo sostenible.

Asistente de Dirección

07/2011 – 05/2012

- Proponer e implementar procedimientos para la gestión administrativa y procesos.
- Soporte administrativo en la preparación de propuestas técnico-económicas.
- Revisión diaria y seguimiento de los procesos publicados en SEACE.
- Cotizar y definir proveedores para realizar las compras de útiles de oficina, servicios de terceros y otros requerimientos solicitados por la Dirección de la empresa.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- Seminario Internacional de Maestría: “Haciendo negocios con China”. 2017 Universidad ESAN - UIBE (University of International Business and Economics) de Beijing.
- Curso Especializado Virtual Invierte Perú: Gestión del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones. Julio 2017. (24 horas)
- Curso: “Contrataciones del Estado”. Escuela Nacional de Control. Contraloría General de la República. Noviembre 2013. (24 horas)
- Diplomado en “Formulación y Evaluación de Proyectos dentro del Marco SNIP”. 2012 Universidad ESAN.
- Curso Taller Intensivo: “Proyectos de Inversión Pública SNIP”. Colegio de Ingenieros del Peru. CDL. Enero - Febrero 2011. (40 horas)

IDIOMAS:

Inglés – Nivel Avanzado

Francés – Nivel Intermedio

MANEJO DE PROGRAMAS

Windows Office: Nivel avanzado.

MS Project, Minitab for Windows, E-Views, SPSS, Lotus Notes – Nivel intermedio.
Autocad.

Dina Vanessa Saldaña Yañez

Magíster en Administración de empresas, ingeniero civil, con 9 años de experiencia en el sector construcción, manejando proyectos de infraestructura. Profesional con capacidad de toma de decisiones alineado a la integridad, profesionalismo, ética y desafíos.

FORMACIÓN ACÁDEMICA

Maestría en Administración de Empresas Mención en Dirección de Proyectos. Universidad ESAN	2015-2017
Ingeniero Civil Universidad Privada Antenor Orrego	2002-2007

EXPERIENCIA PROFESIONAL

V&O BUILDERS CONSULTANTS SAC

Empresa consultora y constructora dedicada a brindar servicios de consultoría y construcción.

Jefe de proyectos y servicios.

2016 – a la fecha.

- Coordinación de proyectos desde etapa de inicio a cierre.
- Gestión de procesos de licitaciones (bases, contratos, buena pro)
- Coordinación y revisión de proyectos de arquitectura e ingeniería.
- Seguimiento y control a proyectos de infraestructura.
- Control de Obra (Mano de obra, materiales, recursos)
- Control y seguimiento de logística de materiales y recursos humanos.
- Seguimiento y control a cronograma de obra y valorizaciones.
- Manejo de proveedores y contratistas.
- Control de gestiones Municipales.

MI BANCO

Institución micro financiera privada más importante de Latinoamérica.

Analista Senior de Infraestructura

2013 – 2015

- Responsable de validar y dar factibilidad a los locales a implementar.

- Coordinador de saneamiento físico legal de inmuebles del banco.
- Responsable de validar diseños de acuerdo a lo requerido por el banco.
- Responsable de revisar expediente los técnicos de los proyectos del banco.
- Manejo de proveedores y contratistas.
- Coordinación y supervisión de las obras.
- Responsabilidad en las etapas de pre-construcción, construcción y liquidación de obra.
- Revisión y aprobación de valorizaciones.
- Control y seguimiento al cronograma de obra
- Control y seguimiento de presupuestos.
- Gestión en obtención de licencias municipales

OPTIMIZA CONSTRUCCIÓN Y SERVICIOS SAC

Empresa dedicada a administrar proyectos de construcción en el sector Banca e Industria.

Ingeniero supervisor de obras

2010 – 2012

- Coordinadora de Proyectos de remodelaciones, ampliaciones y oficinas nuevas del BBVA.
- Responsabilidad en las etapas de pre-construcción, construcción y liquidación de obra.
- Coordinación y supervisión de Obra.
- Control y seguimiento al cronograma de obra
- Revisión, control y seguimiento al expediente técnico del proyecto.
- Control y seguimiento al presupuesto de obra.
- Gestión en obtención de licencias municipales.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

2013 PM Certifica

Diplomatura de especialización en Dirección de Proyectos.

2012 Universidad del Pacifico

Diplomatura de especialización en Gestión Inmobiliaria.

2009 Universidad Ricardo Palma

Diplomado en Prevención de Riesgos Laborales.

2009 Universidad Mayor de San Marcos

Diplomado “Identificación, Formulación Evaluación y Gestión de Proyectos Sociales y Productivos de Inversión pública.

IDIOMAS

Inglés – Nivel Intermedio

MANEJO DE PROGRAMAS

Microsoft Office – Nivel avanzado

Autocad – Nivel Intermedio

Microsoft Project – Nivel Intermedio

Julio Simon Matamet Melo

Magíster en Administración de empresas con 9 años de experiencia en el sector industrial, desarrollo de ingeniería, proyectos, mejora de procesos y actualmente orientado al desarrollo de negocios para el rubro de automatización Industrial, gran facilidad para adaptarse y enfocarse a las estrategias y objetivos de la Compañía, liderazgo, trabajo en equipo y bajo presión, con dinamismo y sumamente interesado en afianzar y aplicar los conocimientos académicos y profesionales. Con altos valores éticos, orientación a resultados e interés por seguir desarrollando capacidades que me permitan destacar en el área comercial B2B orientada al sector Industrial.

FORMACIÓN ACÁDEMICA

Maestría en Administración de Empresas Mención en Marketing. Universidad ESAN	2015-2017
Ingeniero Electrónico Universidad Nacional del Altiplano	2000-2005

EXPERIENCIA PROFESIONAL

SMC CORPORATION PERU

Corporación transnacional Japonesa, dedicada al diseño, manufactura y comercialización de dispositivos de automatización e instrumentación industrial.

Jefe de Ingeniería

Julio 2014 – a la fecha

Responsable del área de Ingeniería con enfoque en el desarrollo y soporte de negocios de la fuerza de ventas. Se participó en la implementación de procesos y estrategias orientadas al negocio B2B para un pronto posicionamiento en el mercado desde la apertura de la subsidiaria en Perú, logrando obtener un 20% del Share del mercado en 3 años. Participación en proyectos de la compañía a nivel internacional, a través de propuestas técnicas, económicas, negociación y ejecución.

Se implementó el enfoque de ingeniería de Ventas (Fusión técnico Comercial), donde se gestionan los recursos del área de ingeniería (presupuesto y personal) para poder estar en constante contacto con fábricas, otras subsidiarias de la corporación, clientes y fuerza de ventas local, con el objetivo de complementar una gran red que pueda ofrecer un servicio diferenciado al mercado.

IMPECO AUTOMATIZACION INDUSTRIAL

Empresa dedicada al desarrollo de proyectos y Servicios de rubro de automatización Industrial.

Jefe de Proyectos

Marzo 2012 – Junio 2014

Encargado del equipo de ingeniería para poder elaborar propuestas técnicas, comerciales, negociación, sustento técnico y ejecución de proyectos de Automatización. Se desarrolló y cambio el enfoque del área, para obtener un mayor dinamismo con el mercado, logrando hacer del área de proyectos un potente instrumento comercial.

IMPECO AUTOMATIZACION INDUSTRIAL

Empresa dedicada al desarrollo de proyectos y Servicios de rubro de automatización Industrial.

Ingeniero de Proyectos

Marzo 2009 – Marzo 2012

Diseño y ejecución de soluciones de ingeniería en automatización para diversos sectores industriales: Minería, Azucar, Food, Pesquera, etc.

Constante presencia en planta Industrial, para poder plantear propuestas adecuadas, gestión de recursos (presupuesto, Personal, Sub contratas) para la ejecución de proyectos adjudicados.

Participación en proyectos y capacitaciones en el extranjero, a través de casa matriz de las marcas representadas por la compañía.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Diplomado en Dirección de Proyectos PM CERTIFICA	2013
Diplomado de Especialización en: “Instrumentación, automatización y control industrial Tecsup	2012
Sistema de control distribuido dcs - system302 smar – Sao paulo - Brazil	2012

IDIOMAS

Inglés – Nivel Intermedio

MANEJO DE PROGRAMAS

Microsoft Office – Nivel avanzado
Autocad – Nivel Intermedio
Microsoft Project – Nivel Intermedio

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes	3
1.2 Problema de Investigación	5
1.3 Preguntas de Investigación.....	5
1.4 Objetivos	6
1.5 Justificación y Contribución de la Tesis.....	6
1.6 Alcances y limitaciones.....	7
1.6.1 Alcance de la investigación.....	7
1.6.2 Limitaciones de la investigación.....	8
1.7 Contexto de actividad física y la salud en ejecutivos.....	9
1.8 Contenido de la tesis	10
CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LITERATURA Y MARCO TEÓRICO	12
2.1 Estudios realizados sobre los determinantes de la actividad física	12
2.2 Marco Teórico	20
2.2.1 Modelo de creencias en salud (<i>Health Belief Model</i>).....	21
2.2.2 La teoría del comportamiento planificado (<i>TPB</i>).....	28
2.2.3 Teoría Cognitiva Social	31
2.2.4 Teoría de la Autoeficacia.....	33
2.3 Modelo propuesto y planteamiento de Hipótesis	35
2.4 Resumen del capítulo	42
CAPÍTULO III. DISEÑO Y MÉTODO	43
3.1 Diseño general de la investigación.....	43
3.2 Población y muestra	43
3.3 Diseño del instrumento.....	45
3.3.1 Primera Etapa: Revisión de Literatura	47
3.3.2 Segunda etapa: Desarrollo del instrumento	48
3.3.3 Tercera Etapa: Refinamiento del instrumento.....	58
3.4 Trabajo de campo	63
3.5 Hipótesis de la investigación en términos estadísticos.....	65
3.6 Herramientas de análisis.....	66
3.6.1 La confiabilidad.....	66
3.6.2 Correlación lineal de Pearson.....	66
3.7 Resumen del Capítulo	66
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	68
4.1 Descripción de la muestra	68
4.2 Confiabilidad y validez del Instrumento	69
4.3 Descripción de los Constructos.	71
4.3.1 Vulnerabilidad percibida	71
4.3.2 Severidad percibida	72
4.3.3 Beneficios percibidos	73
4.3.4 Barreras percibidas	74
4.3.5 Normas sociales	75
4.3.6 Autoeficacia	76
4.3.7 Actitud.....	77
4.3.8 Comportamiento	78
4.4 Comprobación de la Hipótesis	79

4.4.1	<i>Hipótesis 1</i>	80
4.4.2	<i>Hipótesis 2</i>	80
4.4.3	<i>Hipótesis 3</i>	80
4.4.4	<i>Hipótesis 4</i>	81
4.4.5	<i>Hipótesis 5</i>	81
4.4.6	<i>Hipótesis 6</i>	81
4.4.7	<i>Hipótesis 7</i>	82
4.5	Resumen del capítulo	84
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES		85
5.1	Conclusiones y discusión de la investigación	85
5.2	Implicaciones para la gerencia	90
5.3	Posibilidades de futuras investigaciones	92
APÉNDICES 94		
BIBLIOGRAFÍA.....		108

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla II.1 Estudios realizados sobre determinantes de la actividad física.....	13
Tabla III.1. Instrumentos utilizados para la investigación.....	48
Tabla III.2 Preguntas sobre Vulnerabilidad percibida.....	50
Tabla III.3 Preguntas sobre Severidad percibida.....	51
Tabla III.4 Preguntas sobre Beneficios percibidos.....	53
Tabla III.5. Preguntas sobre Barreras percibidas.....	54
Tabla III.6 Preguntas sobre Normas subjetivas.....	54
Tabla III.7 Preguntas sobre Autoeficacia.....	55
Tabla III.8 Preguntas sobre Actitud.....	56
Tabla III.9 Tipo de indicador de cada constructo.....	59
Tabla III.10 Alfa de Cronbach de la variable Normas Subjetivas.....	61
Tabla III.11 Alfa de Cronbach de la variable Autoeficacia.....	62
Tabla III.12 Alfa de Cronbach de la variable Comportamiento.....	62
Tabla III.13 Resultados Análisis factorial.....	63
Tabla III.14 Tasa de respuesta.....	64
Tabla IV.1 Rango de edad de encuestados.....	68
Tabla IV.2 Distribución de Encuestados por características descriptivas.....	68
Tabla IV.3 Alfa de Cronbach de las variables de estudio.....	69
Tabla IV.4 Datos Estadísticos de los Constructos.....	71
Tabla IV.5 Matriz de Correlaciones.....	79
Tabla IV.6 Correlación y Probabilidad de los Constructos.....	79
Tabla IV.7 Interpretación de coeficiente de Correlación de Pearson.....	79
Tabla IV.8 Interpretación de coeficiente de Correlación de Pearson.....	83
Tabla V.1 Correlación de las Variables estudiadas.....	86

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura II.1 Modelo basado en HBM	22
Figura II.2 Modelo basado en la teoría de la conducta planeada.....	29
Figura II.3 Modelo de la Teoría Cognitivo Social	32
Figura II.4 Teoría de la Autoeficacia	34
Figura II.5 Modelo Conceptual de los factores que influyen en la práctica regular de actividad física	35
Figura III.1 Fases del desarrollo del instrumento de investigación.	46
Figura IV.1 ¿Qué tanto cree usted que su esperanza de vida sea afectada si no realizase ejercicio?	72
Figura IV.2 ¿Qué tanto cree usted que su esperanza de vida sea afectada si no realizase ejercicio?	73
Figura IV.3 ¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a mejorar su rendimiento laboral?.....	74
Figura IV.4 ¿En qué medida la falta de accesibilidad (distancia, espacio físico, conveniencia) te limita a hacer ejercicio?	75
Figura IV.5 Mis amigos/as piensan que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.....	76
Figura IV.6 Puedo manejar mi tiempo para poder hacer ejercicio por lo menos 3 veces por semana.	77
Figura IV.7 Me gusta hacer ejercicio físico	78
Figura IV.8: Realizo ejercicio físico de forma regular desde hace años.....	78
Figura IV.9: Correlaciones entre las variables.....	82
Figura IV.10: Modelo Validado por método de Análisis de Regresiones.	84
Figura V.1 Modelo propuesto	86

ÍNDICE DE APÉNDICES

Apéndice I: Cálculos de la prueba de potencia y tamaño de muestra.....	94
Apéndice II: Gráfico de potencia estadística para n= 180	95
Apéndice III: Instrumentos utilizados para medir la vulnerabilidad percibida.....	96
Apéndice IV: Instrumentos utilizados para medir la Severidad Percibida	97
Apéndice V: Instrumentos utilizados para medir los Beneficios percibidos	98
Apéndice VI: Instrumentos utilizados para medir las Barreras percibidas	99
Apéndice VII: Instrumentos utilizados para medir las Normas subjetivas	100
Apéndice VIII: Instrumentos utilizados para medir la Autoeficacia	101
Apéndice IX: Instrumentos utilizados para medir la Actitud	102
Apéndice X: Listado de preguntas para la prueba de lectura.....	103
Apéndice XI: Versión inicial del instrumento para la prueba piloto	104
Apéndice XII: Encuesta final	106

RESUMEN EJECUTIVO

En la actualidad los profesionales que desempeñan cargos ejecutivos también podrían ser llamados gerentes de desarrollo, ya que en su función se incluye el ayudar a crecer a una organización o compañía. Los roles o funciones varían de organización en organización, una característica compartida es que los cargos ejecutivos están sometidos por lo general a altos niveles de presión y responsabilidad, así como en la toma de decisiones. Por tal razón, es común entre ellos padecer de estrés laboral y ansiedad, los cuales pueden llegar a ser desencadenantes de problemas de salud.

Una forma de preservar y mejorar la salud es la práctica de actividad física de forma regular y planificada, según se ha demostrado en diversos estudios e investigaciones a lo largo de los años. En este sentido, se considera necesario realizar la presente investigación, con la finalidad de conocer y comprender el comportamiento de los ejecutivos hacia la práctica de actividad física, para tener una idea sobre qué lleva a este grupo social a realizar algún tipo de actividad física de forma que le permita generar beneficios. Con base en ello, se tomaron como referencias las teorías de enfoque psicológico y social para que puedan soportar la base conceptual de la investigación, la misma que plantea el siguiente objetivo:

- Proponer y validar un modelo conceptual que permita identificar los principales factores a nivel individual que influyen en la práctica de actividad física en ejecutivos en Lima Metropolitana.

Para identificar los diferentes factores influyentes en la práctica de actividad física, se tomó como referencia literatura relacionada con estudios previos sobre actitud, intención y comportamiento de diversas poblaciones hacia la práctica de actividad física. De esta manera, se pudo rescatar las teorías o modelos conceptuales de los cuales se tomaron las variables que mejor permitan explicar el comportamiento de los ejecutivos hacia la práctica de Actividad física.

Se propone de esta forma un modelo conceptual propio a la presente investigación, en el cual se plantea una correspondencia directa entre siete variables independientes y el comportamiento referido a la práctica de actividad física. Estas variables

independientes son la vulnerabilidad percibida, la severidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, normas subjetivas, autoeficacia y actitudes.

En cuanto al método y diseño del estudio, la investigación fue no experimental, de tipo cuantitativa, de corte transversal y correlacional. Se analizó una muestra de 180 ejecutivos de la ciudad de Lima, profesionales estudiantes y egresados de MBA de la Universidad ESAN, aplicando un instrumento para la recopilación de datos tipo cuestionario con escala de Likert de cinco puntos. La prueba de confiabilidad a través del *alfa de cronbach* fue aplicada a las variables normas subjetivas, actitud y autoeficacia, ya que los ítems de cada variable están correlacionados, mientras que los constructos con indicadores formativos como la vulnerabilidad percibida, severidad percibida, beneficios y barreras percibidas, al no estar correlacionados porque evalúan distintos aspectos o dimensiones, se validaron a través del criterio basado en estudios previos. Los resultados confirmaron que las variables vulnerabilidad percibida, severidad percibida, normas subjetivas tienen poca significancia, por lo que no explicarían el comportamiento de los ejecutivos hacia la actividad física. Por lo tanto, el modelo propuesto fue validado de forma parcial, demostrando que la autoeficacia, la actitud, los beneficios y las barreras percibidas son predictores potentes del comportamiento hacia la actividad física de los ejecutivos en la ciudad de Lima.

Considerando que no existen estudios previos sobre el comportamiento de los ejecutivos en la ciudad de Lima hacia a la práctica de actividad física, los resultados presentados pueden servir como punto de partida para futuras investigaciones, que profundicen el estudio y análisis de otras variables determinantes del comportamiento de los ejecutivos respecto a la práctica regular de actividad física, considerando una muestra más amplia y con instrumentos de medición más afinados, con el fin de proponer estrategias más específicas para la promoción de la misma.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La motivación principal de esta investigación, fue encontrar las herramientas que puedan permitir a las empresas, tanto del sector público como privado, diseñar e implementar estrategias, con la finalidad de incentivar a los ejecutivos a realizar actividad física, a fin de generar beneficios para su salud y, por consiguiente, para las empresas donde se desempeñan, impactando positivamente en sus metas y objetivos. (Díaz y Barrera, sf).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), una de las causas más importantes de enfermedad, discapacidad e incluso muerte es el sedentarismo. En su Informe de la situación mundial de Enfermedades no Transmisibles 2014 señala a la falta de actividad física como contribuyente de la pérdida de 69,3 millones de AVAD (años de vida ajustados a la discapacidad) y de 3,2 millones de defunciones cada año, posicionándolo dentro de las diez causas más importantes de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. Más del 70% de los decesos, en países industrializados se originan por enfermedades derivadas de factores como el sedentarismo, la obesidad, el estrés y el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales (Morgan, 1985). Por ende, es lógico pensar que estas probabilidades son también aplicables a la población de ejecutivos.

A nivel nacional, también existen estudios realizados en Perú, donde se indica que sólo la décima parte de la población urbana adulta tiene participación en la práctica de deportes a un nivel de ser capaz de generar beneficios para la salud, es decir realizar ejercicios de manera regular, diaria o alternadamente.

En su edición del 05 de agosto del 2016, el diario Gestión publicó un artículo sobre el estudio “Vida Saludable 2016”, de la consultora Arellano Marketing, en el cual se demostró que para el 79% de la población peruana, realizar actividad física es de vital importancia a fin de mantener una vida sana; sin embargo, según esta fuente sólo el 39% de la población realiza actividad física.

En la presente investigación, se ha realizado una revisión exhaustiva de las diversas investigaciones que estudian los factores que influyen en la práctica de actividad física, encontrando que para su desarrollo se han utilizado diferentes bases teóricas como: el

Health Belief Model o Modelo de Creencias en la Salud (Rosenstock, 1974), Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991), Teoría de Autoeficacia (Bandura, 1977), entre otras. Todas ellas efectúan su análisis en función a diferentes grupos sociales como: jóvenes, adultos y adultos mayores. Sin embargo, a pesar de las diversas teorías que han establecido las investigaciones realizadas, la información existente sobre el grupo social de ejecutivos es realmente escasa, considerando que hoy en día, los profesionales que ejercen cargos gerenciales, directivos o jefaturas están sometidos a altos niveles de estrés y muchos de ellos llevan estilos de vida sedentarios.

A partir de esta revisión, se pueden considerar diversos tipos de factores y relacionarlos a la actividad física en ejecutivos, que es el objeto de esta investigación, sin embargo, se ha optado por los factores personales o a nivel individual, dado que las decisiones o acciones finales del individuo están estrechamente relacionadas a diversos aspectos, como edad, ingresos, preferencias, nivel socioeconómico, entre otros. Para determinar el comportamiento de una sociedad, se parte de la observación y estudio de los procesos mentales y psicológicos que suceden en la mente como en el caso de un comprador cuando éste elige un producto y no otro, con la finalidad de comprender el motivo por el que sucede de esa manera (Diario Gestión, 2013). Es preciso resaltar que la actividad física se considera fundamentalmente una experiencia personal, dado que la decisión de realizar o no ejercicio o algún tipo de actividad física de forma regular, es una decisión personal, enfatizando el potencial beneficio de la práctica de actividad física en el bienestar de las personas, las comunidades y el medio ambiente. (Pérez Samaniego, 2003)

En razón de ello, la presente investigación tiene como objetivo principal conocer los principales factores a nivel personal que influyen en los ejecutivos para practicar actividad física en Lima Metropolitana. Para tal fin, se busca proponer y validar un modelo que permita analizar el comportamiento de los ejecutivos con cargos gerenciales, directivos o jefaturas en Lima Metropolitana hacia la práctica de actividad física, basado principalmente en el *Health Belief Model* o Modelo de creencias en la salud (Rosenstock, 1974) y en la Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991), modelos que son ampliamente utilizados en la literatura relacionada. Se espera que este estudio permita a las empresas del sector público y privado implementar estrategias para motivar a sus ejecutivos a realizar actividad física en forma regular, con la finalidad de

mejorar su bienestar, lo cual tendrá un impacto positivo sobre los objetivos de la organización en la que se desempeñan. (Díaz y Barrera, sf).

1.1 Antecedentes

Es importante definir los conceptos de actividad física y ejercicio, ambos son diferentes, actividad física hace referencia a cualquier movimiento corporal que tenga como resultado un gasto de energía (calorías), a diferencia de ejercicio que hace referencia a una actividad física planeada, estructurada y repetitiva (Marcus & Forsyth, 2009).

La OMS recomienda a los adultos entre 18 y 64 años realizar actividad física por semana durante un tiempo mínimo de 150 minutos de ejercicio de tipo aeróbico de nivel moderado o 75 minutos de nivel intenso o una combinación de ambas. Esta actividad debe realizarse en sesiones mínimas de 10 minutos y de ser posible, puede llegar a incrementarse hasta 300 minutos de nivel moderado o 150 de nivel intenso semanal o una combinación de ambas. (OMS, 2010)

Son diversos los beneficios que se perciben por la actividad física, principalmente de tipo fisiológico, psicológico y social. (Bonilla Arena & Sáez Torralba, 2014). La actividad física desde una concepción terapéutico-preventiva es considerada fundamental para curar y prevenir distintas enfermedades. Bajo este concepto, la práctica de actividad física se convierte en un significativo referente a tomar en cuenta para mantener la buena salud de los individuos. (Perez y Devís, 2003).

El 60% de la población a nivel mundial, no realiza la actividad física mínima requerida que le permita obtener los beneficios para su salud. Entre los principales factores relacionados a la inactividad física, tenemos la falta de ejercitación durante el tiempo libre, el incremento de la conducta sedentaria en función al tipo de actividad laboral o doméstica. En términos generales, la falta de actividad física se presenta en tanto en países desarrollados como subdesarrollados, siendo más relevante en grandes ciudades debido a factores como la superpoblación, el aumento de los índices de pobreza, delincuencia, tránsito intenso, contaminación del aire y carencia de áreas verdes e infraestructura urbana adecuada para la práctica regular del deporte y el esparcimiento (OMS, 2014).

En un estudio realizado para conocer el perfil sedentario del peruano, se estima que el 60% de la población no realiza actividad física alguna, o sólo realiza alguna actividad rutinaria como caminar, pasear, tareas domésticas, uso de bicicleta, ejercicios ligeros o bailar en el hogar. Del grupo de personas en el rango de edad de 31 a 45 años el 61% resultan ser sedentarios, mientras que del grupo de 46 a 60 años el 74% también lo son. Asimismo, el sedentarismo resulta mayor en las mujeres (74%) que en los varones (46%). (Consultora GFK, 2013).

Diversos estudios han investigado y documentado de manera amplia la práctica de actividad física, con relación a sus beneficios tanto para la salud como para mejorar la calidad de vida de las personas. Se ha probado que existe un efecto protector de la práctica de actividad física regular contra enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos cerebrovasculares, obesidad, osteoporosis, ansiedad, depresión, y algunos tipos de cáncer (OMS, 2010). Otros estudios han evidenciado que las variables socioeconómicas como la edad, género, estado civil, empleo, entre otras, influyen de manera significativa en la participación de actividades físicas (Seclén-Palacin, Jacob 2003).

A pesar de la importancia de la práctica de actividad física, pocas investigaciones han propuesto estudiar el comportamiento del grupo social de ejecutivos orientado hacia la actividad física. Es importante recalcar que la salud es un estado de bienestar que permite el normal desarrollo del potencial humano (OMS, 2016), es aquí donde radica su importancia, ya que el efecto es inherente sobre el desempeño laboral de los individuos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), menciona que la salud en el trabajo y los entornos laborales saludables se encuentran entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. Además, considera al centro laboral como un entorno prioritario para promover la salud ya que es el lugar de trabajo donde las personas pasan la tercera parte de sus vidas. A razón de ello, es fundamental fomentar ambientes laborales saludables, para obtener beneficios que impacten no sólo en la salud de los trabajadores sino también para contribuir de forma positiva con la productividad, motivación, el espíritu y satisfacción laboral, así como la calidad de vida en general (Barrios y Paravic, 2006).

1.2 Problema de Investigación

Hoy en día, la sociedad se encuentra en una época donde la cultura está muy alineada con la comodidad y la tecnología, las mismas que se encuentran presentes en la mayoría de las actividades diarias, haciendo que la actividad física que se realice en el ámbito laboral, doméstico u otro no implique casi ningún esfuerzo físico, dando como consecuencia una vida sedentaria, lo cual afecta de manera negativa el normal desarrollo de las personas. (Navarro, Ceballos, Pérez y Calatayud, 2007)

En varios estudios realizados, se ha encontrado que los principales factores determinantes de la actividad física son de características individuales, sociales, ambientales y otras. (Deliens, 2015; Sherwood y Jeffery, 2000). Así también, se han realizado numerosos estudios empíricos en diferentes grupos poblacionales, jóvenes, adultos y adultos mayores donde tratan de identificar los factores que influyen en la participación de la actividad física. Sin embargo, no se han encontrado investigaciones relevantes que estudien el grupo social de ejecutivos y los determinantes de su comportamiento hacia la práctica de actividad física. Por lo tanto, la falta de estudios enfocados a la práctica de actividad física en ejecutivos implica que las organizaciones no cuenten con las herramientas necesarias para incentivar a sus profesionales a que realicen actividades físicas con la finalidad de asegurar un nivel de productividad elevado y un entorno laboral saludable (Barrios y Paravic, 2006).

1.3 Preguntas de Investigación

Partiendo de que no se dispone de estudios relevantes sobre los niveles de actividad física de los ejecutivos y los factores determinantes de la misma, a continuación, se procede a formular la pregunta de investigación con la finalidad de conocer las motivaciones que estimulan a los profesionales ejecutivos a practicar actividad física, con la cual trataremos de definir los objetivos de la presente investigación.

¿Qué factores influyen en el comportamiento de los ejecutivos hacia la práctica de actividad física en Lima Metropolitana?

1.4 Objetivos

Esta investigación tiene como objetivo proponer y validar un modelo conceptual que permita identificar los principales factores personales que influyen en la práctica de actividad física en ejecutivos en Lima Metropolitana, el cual está basado en el modelo de Creencias de la salud o *Health Belief Model* (HBM) (Rosenstock, 1974) en adelante HBM complementado por la teoría de la Conducta Planificada (TPB) (Ajzen, 1991) y la Autoeficacia (Bandura, 1977). Esta validación será realizada mediante un estudio cuantitativo en ejecutivos en Lima. Además de ello, esta investigación permitirá:

Determinar la influencia de las principales dimensiones del *Health Belief Model*, como la vulnerabilidad percibida, severidad percibida, beneficios y barreras percibidas, en el comportamiento de los ejecutivos hacia la práctica de actividad física.

Determinar la influencia de las principales variables de la teoría de la conducta planeada (Ajzen, 1991) como las normas subjetivas y la actitud en el comportamiento de los ejecutivos hacia la práctica de actividad física.

Determinar la influencia de la autoeficacia en el comportamiento de los ejecutivos hacia la práctica de actividad física.

1.5 Justificación y Contribución de la Tesis.

Está demostrado que realizar actividad física de manera regular contribuye a mejorar el bienestar y la salud tanto física y mental de las personas, así como también mejora la autoestima de las personas, es decir realizar actividad física trae una serie de beneficios y mejora el nivel de desempeño y la productividad laboral, según se ha demostrado en diferentes estudios. (Barrios y Paravic, 2006).

En nuestra sociedad, el grupo de profesionales ejecutivos con cargos de alta responsabilidad, que desempeñan sus labores ya sea en entidades públicas o privadas del país enfrentan diversos problemas de salud fisiológica, psicológica y social, los cuales dificultan el normal desarrollo de sus actividades cotidianas. Uno de los principales males que aqueja a este grupo de individuos es el estrés, que impacta tanto en su salud, desempeño laboral y relaciones sociales y psicológicas. (Rodríguez, Roque y Molerio, 2002).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), mencionan que la salud en el trabajo tiene como finalidad lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en sus centros laborales; además de prevenir todos los daños causados a la salud de éstos debido a las condiciones laborales; protegerlos, en sus empleos, contra los riesgos perjudiciales a su salud; mantener a los trabajadores en empleos adecuados a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas. (Matabanchoy, 2012).

Dentro del entorno empresarial que cada vez se torna más competitivo, los ejecutivos de alto nivel se ven en la necesidad de exigirse cada vez más autonomía, flexibilidad, iniciativa, seguridad en sí mismos y capacidad para moldearse a las diversas situaciones que deben enfrentar, ya que sus decisiones tienen consecuencias significativas para todos los grupos de interés de la empresa donde se desempeñan (Mercado y Salgado, 2008).

En términos de aplicación en la gestión, conocer los factores que influyen en el comportamiento de los ejecutivos hacia la actividad física permitirá desarrollar políticas y prácticas de gestión que permitan minimizar el impacto de aquellos que representan una influencia negativa y optimizar los que representen una influencia positiva, ya que tanto el estado como las empresas del ámbito privado podrán diseñar estrategias, programas y establecer políticos a nivel empresarial para motivar, incentivar y mejorar la calidad de vida de los ejecutivos. Además, podría servir de base para el establecimiento de futuras políticas provenientes de las autoridades de salud competentes, teniendo en consideración además otros beneficios como el desempeño laboral y el bienestar personal. En base a ello, con esta investigación se busca impulsar a los ejecutivos a adoptar estilos de vida más activos y al mismo tiempo ayudar a reducir sus conductas sedentarias.

1.6 Alcances y limitaciones

1.6.1 Alcance de la investigación

La presente investigación estará centrada en el grupo social de ejecutivos quienes se encuentran ocupando cargos gerenciales, directivos o jefaturas en Lima Metropolitana. Se ha considerado una muestra de conveniencia de 180 ejecutivos, en el

rango de 25 a 60 años, que se encuentren estudiando o hayan estudiado una maestría en administración de negocios en ESAN, por lo que se considera una investigación exploratoria.

El presente documento, profundiza y amplía el estudio de los factores personales que motivan a los ejecutivos hacia la práctica de actividad física. Según Rosich (2005), menciona que los niveles de satisfacción personal provocados por el ejercicio son de diversa índole, ya que el bienestar físico generado en consecuencia, provoca a su vez bienestar fisiológico y psíquico/psicológico.

Es preciso resaltar que el estudio se desarrolló tomando como base solo los modelos considerados como más relevantes asociados a la práctica de actividad física y la salud, el modelo de creencias en la salud o HBM (Rosenstock, 1974), la teoría del comportamiento planificado (Ajzen, 1991) y la teoría cognitivo social (Bandura, 1986).

La investigación es de tipo cuantitativo-correlacional y se desarrolló haciendo uso de la herramienta del cuestionario, como método de recolección de datos, los mismos que están representados por los ejecutivos, siguiendo las pautas de Churchill (1979) para luego realizar el análisis mediante las técnicas estadísticas de confiabilidad y correlación.

1.6.2 Limitaciones de la investigación

Partiendo de que toda investigación tiene limitaciones, a continuación, se mencionarán las limitaciones encontradas en el presente estudio.

Una de las limitaciones en la presente investigación es que el estudio no se realizó a nivel ambiental o de entorno, por lo que solo se centró en analizar los factores de nivel individual (cognitivo, psicológico y emocional) debido a que se busca conocer las características personales de los ejecutivos que determinan la práctica de actividad física del ejecutivo, para lo cual se consideró solo un aspecto de la actividad física: el ejercicio físico regular. La incorporación de otras maneras de practicar actividad física podría apoyar al análisis de otros niveles que resulten de igual forma ser beneficiosos para la salud.

Debido a la extensión del cuestionario, no se han incluido otras variables que posiblemente hubieran sido interesantes de analizar, sin embargo, debido al poco tiempo y disposición con la que cuentan muchos ejecutivos para llenar una encuesta extensa, esto pudo haber originado que no se respondan las preguntas de manera objetiva, haciendo que se origine una falta de autenticidad en las respuestas.

En esta investigación no se realizó un análisis de juicio de expertos, lo cual nos hubiese permitido obtener opiniones informadas de especialistas con trayectoria en el tema y dar información, evidencia, juicios y valoraciones con la finalidad de validar de mejor manera el instrumento.

Otra de las limitaciones de la investigación asume que toda la población encuestada se encuentra físicamente apta y tienen la destreza suficiente para realizar actividad física, es decir no tienen limitaciones físicas que les impidan realizar actividad física.

Existen otras herramientas de análisis estadísticos más avanzados, además de la regresión y la correlación, como las ecuaciones estructurales, que podrían haber permitido obtener resultados más confiables o con mayor precisión.

Así también, en el presente estudio se trabajó sobre una muestra de conveniencia, siendo la principal limitación que no es posible calcular el nivel de confianza con el que se hace una estimación, es decir, la muestra podría no ser representativa de la población (Hernández et al., 2014).

1.7 Contexto de actividad física y la salud en ejecutivos.

Se conocen los diversos beneficios de la práctica regular de actividad física para la población en general, tanto a nivel fisiológico, psicológico, psicosocial, entre otros; considerando el segmento de ejecutivos, se encuentran, además, otros beneficios relacionados con el cargo de responsabilidad que las personas desempeñan dentro la organización donde laboran.

En el contexto peruano, existen algunas publicaciones de artículos como Diario Gestión que en su edición del 05 de septiembre del 2013, resaltan que la actividad deportiva contribuye a mejorar las habilidades directivas de liderazgo y la capacidad para motivar a los equipos de trabajo, también indica que se puede lograr una mejor

toma de decisiones en el ejecutivo, a través de la práctica deportiva, ya que conlleva a aumentar valores como la reflexión, la concentración y la disciplina. Esto sumado a la liberación del estrés diario, destaca la importancia de la práctica deportiva en el desempeño de los líderes con cargos gerenciales (Crespo, 2013).

En entrevistas realizadas en diferentes ediciones publicadas por Diario Gestión con fecha 03 de marzo del 2015, a algunos directivos de las principales empresas del país y multinacionales, se indica que el ejecutivo profesional traslada a su ámbito laboral los valores propios del deporte, como la vida sana, la orientación al logro, el manejo de situaciones de tensión, la disciplina y el orden, el respeto de las normas, el trabajo en equipo o el liderazgo, que son las principales cualidades de un CEO en la actualidad (Carrillo, 2015).

1.8 Contenido de la tesis

El resto de esta tesis está organizado en cuatro capítulos como se explica a continuación:

En el capítulo II se presenta la revisión de literatura sobre estudios similares a la investigación, y el marco teórico sobre el cual se abordarán los modelos principales a utilizar como el HBM y la Teoría de la Conducta Planeada, a partir de lo cual se propone el modelo conceptual y las hipótesis de investigación.

En el capítulo III, se describe el proceso metodológico utilizado en la presente investigación, que abarca el diseño, la unidad de estudio, las mediciones realizadas, así como el procesamiento de datos realizados en el estudio cuantitativo. A partir de ello, se ponen a prueba las hipótesis propuestas en el modelo conceptual definido en el capítulo anterior.

El capítulo IV comprende los resultados de la investigación realizada. Para ello, se hace una descripción de la muestra analizada, se detalla el análisis de resultados del instrumento desarrollado, verificando la confiabilidad y validez de los constructos empleados. Finalmente, se realizará la comprobación de las hipótesis planteadas en términos estadísticos.

Por último, en el capítulo V, se presentan las conclusiones de la investigación a partir de las discusiones de los resultados obtenidos. Se explica, además, las implicancias que estos resultados tienen para la gerencia, finalizando con las posibilidades de futuras investigaciones que se puedan realizar a partir de los puntos anteriormente desarrollados.

CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LITERATURA Y MARCO TEÓRICO

Con el propósito de conocer los factores que influyen en el comportamiento de profesionales ejecutivos de la ciudad de Lima para realizar actividad física, se ha realizado la revisión de literatura de estudios empíricos y bases teóricas desarrolladas previamente que tengan relación con el tema de investigación. El objetivo de esta profundización en estudios previos y bases teóricas es el de explicar los sustentos que serán utilizados durante el desarrollo del presente estudio de investigación.

En el presente capítulo, se presentan primeramente los estudios previos que guarden relación con los factores determinantes de la actividad física en general y las principales teorías y modelos utilizados por los diversos autores. A partir de ello, se describen las principales variables consideradas relevantes en dichos estudios, luego de lo cual se estudiarán también las teorías y modelos que serán utilizados como base, para finalmente poder presentar el modelo propuesto y plantear las hipótesis correspondientes al presente trabajo de investigación.

2.1 Estudios realizados sobre los determinantes de la actividad física

Al examinar los diversos estudios e investigaciones relacionados con los diferentes determinantes de la actividad física, se observa que existen distintos factores que influyen en el comportamiento hacia la práctica de actividad física. Así, por ejemplo, Sherwood y Jeffery (2000), explican los determinantes del ejercicio a través del estudio de las características individuales y las ambientales. De forma similar, Oliveira, Oliveira y Quelhas (2010), concluyen que los principales determinantes de la actividad física son los factores personales, sociales-culturales y los factores ambientales.

Dentro de los factores personales o individuales que conllevan a una persona a realizar ejercicio se encuentran las variables demográficas y biológicas, psicológicas, cognitivas y emocionales, atributos de comportamiento y habilidades (Oliveira et al., 2010, Sherwood et. al, 2000). Mientras que las características ambientales consideran principalmente el acceso, barreras de costo y tiempo, apoyo social. (Sherwood et. al, 2000) , así como el medio ambiente físico y las características propias de la actividad física (Oliveira et al., 2010).

Otros estudios sobre los determinantes de la actividad física en Perú y México coinciden que variables sociodemográficas como el estrato socioeconómico y el nivel educativo (Rodríguez, Salazar y Cruz, 2012; Cansino, 2014), así como los aspectos biológicos y laborales de las personas (Cansino, 2014) son los aspectos más importantes para tener en cuenta al momento de diseñar programas que promuevan la práctica de actividad física en el país.

Sin embargo, la presente investigación se centrará en los factores a nivel personal o individual. Para ello, se ha realizado una revisión de literatura basada en estudios empíricos a nivel internacional y local, donde se tratan de explicar las variables relacionadas a los factores personales que influyen en el comportamiento hacia la práctica regular de actividad física, los mismos que se detallan en la Tabla II.1.

Tabla II.1 Estudios realizados sobre determinantes de la actividad física

Autor, Fecha	Alcance	Teoría	Factores / Variables significativas
Oliveira, Oliveira & Quelhas (2010)	Se realizó una revisión de estudios empíricos para conocer los determinantes de la actividad física en la población adulta en diversos contextos	Teoría de Comportamiento Planeado	Intención hacia el ejercicio
		Teoría Cognitiva Social	Autoeficacia Influencia del médico Apoyo social de amigos y familia
		Modelo transteorético de cambio	Autoeficacia Etapa de cambio
Kaewthummanukul & Brown (2006)	Se realizó una revisión de literatura basada en 11 estudios aplicados a adultos empleados para determinar las variables relacionadas a actividad física	Revisión de literatura por diversos autores	Autoeficacia Beneficios percibidos Estado de salud percibido
Biddle, Goudas & Page (1994)	Muestra de 131 hombres y mujeres empleados a tiempo completo en campus universitario	Teoría de Comportamiento Planeado	Intención Autoeficacia Actitud Control percibido
Blue (2001)	Muestra de hombres y mujeres empleados de una universidad, en el rango de 20 a 69 años de edad.	Teoría de Comportamiento Planeado	Actitud hacia el ejercicio y control percibido de comportamiento explicaron la intención
			Intención y control percibido de comportamiento explicaron el comportamiento de ejercicio

**Tabla II.1. Estudios realizados sobre determinantes de la actividad física
(Continuación)**

Autor, Fecha	Alcance	Teoría	Factores / Variables significativas
Milne, Orbell & Sheeran (2002)	Muestra de Estudiantes universitarios de pregrado, que asisten de manera voluntaria y se dividen en 3 grupos (2 de intervención y 1 de control)	Teoría de la motivación hacia la protección	Evaluación de la amenaza (vulnerabilidad percibida, severidad percibida, miedo). Evaluación de afrontamiento (Eficacia de respuesta, autoeficacia, costos de respuesta, intención, comportamiento).
Rovniak, Anderson & Winett (2002)	Muestra de 277 estudiantes universitarios en Estados Unidos.	La teoría cognitivo social	Normas sociales Autoeficacia
Al-Ali & Haddad (2004)	Muestra de pacientes jordanos con infarto de miocardio	Modelo de Creencias en Salud	Severidad percibida Susceptibilidad percibida Motivación para la salud
Wood (2008)	Muestra de mujeres con alto riesgo de cáncer de mama	Modelo de Creencias en Salud	Barreras percibidas Beneficios percibidos
		Teoría Cognitiva Social	Autoeficacia
		Teoría de Comportamiento Planeado	Actitud
Orji, Vassileva, & Mandryk (2012)	Muestra de 576 hombres y mujeres mayores de 18 años.	Modelo de Creencias en Salud	Beneficios percibidos Barreras percibidas Susceptibilidad percibida Claves para la acción Auto eficacia Autoidentidad percibida Consideración de consecuencias futuras Preocupación por la apariencia
Neipp, Quiles, León, Tirado, & Rodriguez (2014)	Muestra de 1500 personas de la provincia de Alicante (España), de las cuales solo respondieron 1011.	Teoría de Comportamiento Planeado	Normas subjetivas Percepción de control de comportamiento
Gholamnia, Fazlollah, Reza & Anoshirvan (2014)	Muestra de esposas de militares en Teheran (Iran) en el rango de edad de 18-64 años de edad, sin historial de condición crónica.	Teoría de Comportamiento Planeado	Normas subjetivas Control percibido de comportamiento Intención hacia el ejercicio

**Tabla II.1. Estudios realizados sobre determinantes de la actividad física
(Continuación)**

Autor, Fecha	Alcance	Teoría	Factores / Variables significativas
Ameneh, Amirzadeh, Abdollahi & Kong Lim (2014)	Muestra de adultos mayores	Teoría de Comportamiento Planeado	La actitud. Las normas subjetivas. El control del comportamiento percibido
Mantilla, Villamizar & Villamizar (2015)	Muestra de Docentes de la universidad de Pamplona	Modelo de Creencias en Salud	Susceptibilidad percibida Severidad percibida Beneficios percibidos Barreras percibidas Motivación para la salud
Esparza, Montañez, Gutiérrez, Carrillo, Gurrola, Ruvalcaba, García & Ochoa (2017)	Muestra de población adulta de diversas ciudades de México	Modelo de Creencias en Salud	Beneficios percibidos Barreras percibidas Susceptibilidad percibida Severidad percibida

Elaboración: Autores de esta tesis

De la literatura revisada, se han encontrado distintas teorías y modelos aplicados en los diversos estudios para determinar los factores que influyen en el comportamiento relacionado a la actividad física. A continuación, se presentará los hallazgos más relevantes de las investigaciones revisadas.

Kaewthummanukul y Brown (2006) en su investigación, mencionan que los modelos o marcos teóricos utilizados con mayor frecuencia en las investigaciones fueron el Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1987), el Modelo de Creencias en la Salud (Rosenstock, 1974), la Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen, 1988, 1991) y la Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1986).

Los estudios revisados basados en el Modelo de Promoción de la Salud se enfocaron en diferentes variables seleccionadas del modelo como factores determinantes de la participación en la actividad física, incluyendo la importancia de la salud, el control percibido sobre la salud, la autoeficacia percibida, la definición de salud, estado de salud, factores de comportamiento y barreras percibidas. De esta manera, la definición de salud y estado de salud percibido se posicionó en el modelo y se incluyó en la categoría de factores personales que inciden en este tipo de comportamiento (Kaewthummanukul et al., 2006).

En este mismo estudio (Kaewthummanukul et al., 2006), Gebhardt y Maes (1998) utilizan el Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974) como un marco explicativo para determinar el papel de las metas personales y las barreras percibidas a la participación en la actividad física. El Modelo de Creencias en Salud propone de esta forma que las conductas de salud están influenciadas por la susceptibilidad percibida por el individuo a desarrollar problemas de salud, la gravedad percibida de los problemas de salud en relación con la calidad de vida del individuo, la creencia del individuo en los beneficios del comportamiento de cuidado de la salud y la percepción del individuo de la existencia de barreras para su comportamiento.

Biddle et al. (1994) y Blue et al. (2001) utilizaron la teoría del comportamiento planificado (Ajzen, 1988, 1991) como marco teórico. La Teoría del Comportamiento Planeado (TCP) propone que la participación en la actividad física se predice en cierta forma por la intención de dedicarse a la actividad física que, a su vez, se predice por las actitudes hacia la actividad física que tiene la persona, como las normas sociales establecidas para participar en una rutina de actividad física y el control de la conducta percibida (citando a Blue, 1995). Los resultados de este estudio indican que la intención y la autoeficacia fueron los mejores predictores de la actividad física extenuante para las mujeres y la intención y actitud de los hombres; El control percibido, los beneficios y la autoeficacia fueron los mejores predictores de intención para las mujeres, mientras que la actitud resultó ser el mejor predictor para los hombres.

Neipp, Quiles, León, Tirado y Rodríguez (2014) sostienen que la teoría de la conducta planeada juega un rol importante en la realización de ejercicio físico, afirmando también que la percepción de control comportamental es el predictor más potente de la intención para practicar ejercicio físico. Resultados similares se demuestran en el estudio aplicado a las esposas del personal militar en Teheran, Iran (Shirvani, Ghofranipour, Gharakhanlou & Kazemnejad, 2014), en el cual se concluye que la presión social percibida, que puede ser entendida como las normas subjetivas, y el sentido de control de comportamiento percibido hacia el ejercicio juegan un rol mucho mayor que la actitud en los participantes.

Por otro lado, en investigaciones realizadas sobre adultos mayores, donde se aplica la teoría de la conducta planeada para promover la actividad física y el comportamiento

de ejercicio, se concluye que las normas subjetivas y el control de comportamiento percibido son los determinantes más fuertes de la intención hacia la actividad física y ejercicio entre los adultos mayores (Motalebi, Amirzadeh, Abdollahi, Kong Lim, 2014).

Entre los determinantes cognitivos sociales del individuo que llevan a determinar la práctica de actividad física en adultos jóvenes, se considera como principales variables a la autoeficacia y la autorregulación, mientras que las expectativas de resultados tienen poca relevancia (Rovniak, Anderson, and Winett, 2002).

Así también, Kaewthummanukul et al. (2006) concluyen que la autoeficacia, o la creencia en la capacidad personal para realizar un adecuado comportamiento de salud, fue el mejor predictor de la actividad física entre una muestra de empleados, basado en la teoría cognitiva social de Bandura (1986). Esto debido a que los beneficios percibidos de la actividad física y el estado de salud también influyeron en la participación en las actividades físicas de los participantes en dicha muestra.

Milne, Orbell y Sheeran (2002) basados principalmente en la teoría de la Motivación de la Protección, combinan y complementan el modelo con las Intenciones de Implementación voluntaria, quedando demostrado que puede fortalecerse el incentivo hacia la práctica de actividad física a través de la Motivación por la protección hacia la salud pero combinada con la voluntad de las personas a realizar una determinada conducta.

Al-Ali y Haddad (2004) utilizan como marco teórico el modelo de creencias en salud (HBM). Considera las variables principales del HBM, además de la motivación de la salud y la edad para la participación en ejercicio. Los resultados demostraron diferencias significativas por género, ingresos anuales y susceptibilidad percibida, siendo las mujeres quienes se perciben más susceptibles a sufrir de alguna enfermedad coronaria o infarto al corazón. La motivación para la salud y los ingresos anuales, resultaron ser los predictores de ejercicio más importantes en pacientes jordanos con infarto de miocardio. Sin embargo, no se deja claro porqué los componentes del modelo HBM no resultaron ser significativos predictores de la participación del ejercicio, siendo una limitación también el tomar una muestra de conveniencia no probabilística para probar la significancia de las variables del HBM.

Wood, M. (2008) evalúa los diferentes marcos teóricos como el Modelo de Promoción de la salud, la teoría cognitiva social, Modelo de Creencias en Salud, teoría de la conducta planeada y la teoría de la motivación de la protección para estudiar la motivación al ejercicio para reducir el riesgo de cáncer de mama en mujeres. Entre las implicaciones prácticas de esta investigación, se indica que el riesgo percibido es un concepto central usado para explicar y predecir la conducta de la salud, en la mayoría de modelos estudiados (Becker et al., 1977; Fishbein & Ajzen, 1975; Rogers, 1975; Schwarzer, 1992). Esto se explica porque los individuos no encuentran razón para modificar su conducta, a menos que perciban que realmente existe un riesgo personal de amenaza a su salud (vulnerabilidad percibida). Por lo tanto, el individuo debe creer en el valor que una conducta puede llevar a reducir esta amenaza (beneficio percibido) y la eficacia en afectar el resultado, para poder cambiar su conducta relacionada a la salud.

La autoeficacia percibida también resultó un constructo central en cada uno de los marcos teóricos analizados (Wood, 2008), que incrementa la probabilidad de comprometerse con una acción y desempeño de una conducta de salud (Bandura, 1986).

En el análisis de la teoría de la conducta planeada, la actitud resultó ser el predictor más fuerte en determinar las intenciones hacia la actividad física, sin embargo, esto no necesariamente influiría en la participación en actividad física, de acuerdo a los resultados del estudio empírico realizado, por lo que se requiere mayor investigación al respecto (Wood, 2008).

Orji, Vassileva y Mandryk (2012) trataron de extender el Modelo de creencias en salud (Rosenstock, 1966), dada su limitada efectividad. Para ello, introducen cuatro nuevas variables como posibles determinantes del comportamiento saludable: auto identidad, importancia percibida, consideración de las consecuencias futuras y preocupación por la apariencia. Este modelo extendido fue validado ya que se demostró que logró predecir el 71% de la varianza en el comportamiento de la salud, en contraste con el 21% del modelo original, concluyendo que las cuatro variables propuestas junto con la autoeficacia son mejores predictores de una conducta saludable que las variables originales del modelo.

Mantilla, Villamizar y Villamizar (2014) buscaron ser mucho más específicos a través del mismo modelo de Creencias en Salud al enfocarlo directamente en describir aspectos relevantes de salud, percibidos por un grupo de docentes universitarios de Pamplona en España, en este estudio se demuestra que sí existe un alto grado de susceptibilidad frente a los riesgos asociados a la salud, es decir la población objetivo está consciente de las consecuencias que podrían sobrevenir por una frecuencia inadecuada de realización de actividad física.

Recientemente Esparza, Montañez, Gutiérrez, Carrillo, Gurrola, Ruvalcaba, García & Ochoa, (2017), plantearon validar una escala específica del HBM (Modelo de Creencias en Salud) denominada EHBMS (Exercise Health Belief Model Scale) para poder explicar la efectividad del modelo en la población mexicana, teniendo como base los dos factores que explican el modelo: la percepción de la amenaza a la salud, y la percepción de que una conducta específica puede reducir la amenaza. La escala mantuvo índices (KMO (0,92) y la prueba de esfericidad de Barlett ($p < 0,01$)) de la muestra adecuados y correctamente distribuidos, se encontraron también cargas factoriales adecuadas (0.31 y 0.92), y las consistencias internas de los factores aceptables, con valores alfa entre 0.67 y 0.91, quedando validada la escala de ejercicio basada en el HBM con una estructura de factores que reflejan todos los componentes del modelo, y aceptables índices de confiabilidad interna.

En conclusión, la literatura sugiere que:

- Dentro de los factores a nivel individual, el control de comportamiento percibido y las normas subjetivas son las variables que en mayor medida predicen la conducta de una persona a realizar actividad física, de acuerdo a la teoría de la conducta planeada (Ajzen (1988,1991).
- Los estudios empíricos revisados muestran que el modelo de creencias de salud (Rosenstock, 1974) ha probado ser efectivo para modificar las creencias de una persona respecto a un determinado comportamiento respecto a su salud, si es que se ve en alto riesgo de sufrir alguna consecuencia grave y que además esto puede ser complementado por las barreras percibidas por la persona. A pesar de tener algunas críticas con respecto a la poca significancia de las variables que predicen el

comportamiento del ejercicio físico, es posible complementarlo con otras variables como las normas sociales y la autoeficacia, para mejorar el modelo.

- La autoeficacia de Bandura (1977) resulta como uno de los constructos más comunes en la mayoría de estudios revisados, que predicen o influyen en el comportamiento del individuo para realizar determinada acción o comportamiento de salud.
- No se ha encontrado literatura sobre el tema específico a desarrollar sobre los determinantes de actividad física en ejecutivos, por lo que esta investigación pretende tomar como base los estudios realizados sobre otros grupos analizados (adultos) para desarrollar un estudio aplicado a este segmento específico de ejecutivos en la ciudad de Lima.

A partir de los estudios e investigaciones analizados en la revisión de literatura, se han seleccionado tres teorías consideradas como las más representativas y explicativas en las conductas de salud a nivel individual:

- Teoría del Comportamiento planificado (Ajzen, 1988,1991)
- Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974)
- Autoeficacia (Bandura, 1977)

Estas teorías y modelos serán la base del marco teórico a desarrollar en la siguiente sección, que permitirá proponer un modelo basado en las variables o constructos más significativos en la predicción del comportamiento hacia la actividad física.

2.2 Marco Teórico

Es importante saber diferenciar los conceptos y definiciones de ejercicio y actividad física. Ambas definiciones son diferentes de modo tal que actividad física hace referencia a cualquier movimiento corporal que tenga como resultado el gasto de energía, a diferencia de ejercicio que hace referencia a una subcategoría de actividad física y se considera como una actividad con diferentes niveles de planificación, estructura y repetición (Marcus & Forsyth, 2009).

Las teorías y modelos que describen el comportamiento provienen de todas las especialidades de las ciencias sociales. De este modo los límites entre las especialidades solo sirven para organizar las clases y el entorno del comportamiento, materia de interés de los investigadores, la definición del mismo y la metodología de investigación. (Morris, Marzano, Dandy, & O'Brien, 2012).

En ese sentido, se han formulado diversas teorías y modelos para describir el comportamiento relacionado a la práctica de actividad física. Algunos tipos de modelos fueron creados originalmente para poder comprender el comportamiento, otros fueron creados exclusivamente para desarrollar formas de participación, habiéndose aplicado en la investigación sobre este último tema. Sin embargo, dado que la mayor parte de estos modelos fueron creados para entender la forma de actuar de sujetos y orientar los planes de participación de los mismos en forma individual o de agrupaciones reducidas, pueden tener restricciones para poder describir el comportamiento a nivel poblacional. (U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

A continuación, se pasarán a describir las teorías y modelos más relevantes encontrados en la revisión de literatura según se mencionó en el punto anterior.

2.2.1 Modelo de creencias en salud (*Health Belief Model*).

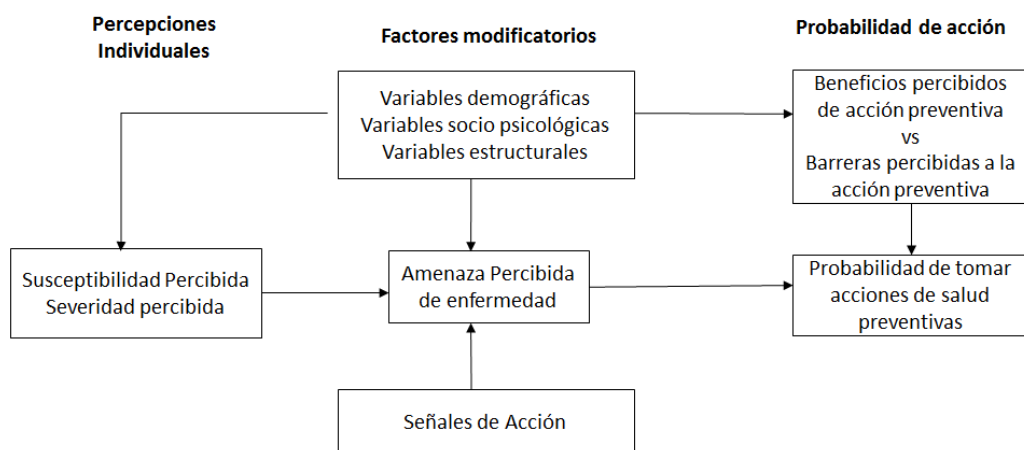
El Modelo de Creencias en salud o Health Belief Model, en adelante HBM por sus siglas en inglés, surge en los años 50 como una manera de explicar por qué los programas médicos de investigación ofrecidos por el gobierno de los EEUU en salud pública no fueron muy exitosos (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1966). El concepto original del HBM es que el comportamiento de salud está determinado por creencias o percepciones personales sobre una enfermedad y las estrategias disponibles para disminuir su ocurrencia.

El modelo se aplicó inicialmente a los comportamientos preventivos, pero posteriormente se extendió exitosamente para identificar los correlatos del uso de los servicios de salud y la adhesión al consejo médico (Becker et al., 1977). Las variables demográficas, como la situación socioeconómica, el género, la etnia y la edad, estaban asociadas con comportamientos preventivos de la salud y el uso de los servicios de la salud (Rosenstock, 1974).

Los autores Hochbaum (1958), Rosenstock (1974); Sharma y Romas (2012), coinciden en que el modelo HBM se trata de un modelo de tipo cognitivo el cual plantea que el comportamiento del sujeto se produce por un conjunto de convicciones acerca de amenazas hacia su bienestar, así como el resultado o consecuencia de determinado comportamiento.

El Modelo de Creencias en salud se centró en dos aspectos de nivel individual que se consideran determinantes para definir la probabilidad de que se realice un comportamiento, la primera es la percepción de la amenaza y la segunda la evaluación del comportamiento. La percepción de la amenaza se interpretó como dos creencias clave, la susceptibilidad a las enfermedades o problemas de salud y la severidad anticipada de las consecuencias de las enfermedades, pero estaba a la vez sometida a factores denominados modificatorios (demográficas, psicológicas y estructurales), los cuales agregados a las señales de acción (campañas en los medios, consejos, referencias y otros) se considera pueden influir sobre la percepción de la amenaza, lo cual finalmente incrementará o disminuirá la probabilidad de que se tomen acciones preventivas beneficiosas para la salud. Este modelo se puede visualizar gráficamente en la figura II.1.

Figura II.1 Modelo basado en HBM



Fuente: Rosenstock (1974)

A continuación, se explicarán las dimensiones o constructos del modelo HBM:

Susceptibilidad percibida:

La definición original de susceptibilidad percibida, también conocida como vulnerabilidad percibida, está referida a la percepción subjetiva de la amenaza de contraer una condición o una enfermedad (Hochbaum y Rosenstock, 1966). Los individuos varían ampliamente en su percepción de susceptibilidad frente a una condición adversa, cada uno tiene su propia percepción de la probabilidad de experimentar una condición que afecta de forma adversa su salud (Rosenstock, 1974).

Cabrera, Tascón y Lucumí (2001), señalan que, para que una persona tenga una percepción de susceptibilidad general, requiere haber escuchado o conocido acerca del riesgo que pudiera generar este evento, además otros aspectos como el optimismo o pesimismo, y la sobreestimación o subestimación de las enfermedades, pueden influir en la percepción que la persona pueda tener.

De acuerdo a este modelo, las distintas variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel cultural, etc), sociopsicológicas y estructurales, pueden afectar las percepciones del individuo, y de esta forma influir indirectamente en sus conductas de salud (Janz y Becker, 1984).

Según estos autores, de la revisión de 24 estudios correlacionales, la susceptibilidad percibida tuvo un impacto de 86% sobre el comportamiento, sin embargo, no se señala la magnitud del impacto de los constructos del HBM sobre los pasos preventivos tomados por los individuos (Cabrera et al., 2001).

En los estudios revisados, se encontró que, a pesar de ser una variable o dimensión relevante en el modelo de creencias en salud, la susceptibilidad o severidad percibida no tiene un impacto directo en las conductas de la salud. Esto se explica, según el modelo de creencias de salud, en que las percepciones de la vulnerabilidad respecto a una condición o enfermedad, tienen que verse traducidas en una amenaza concreta, que resulta luego de tomar conciencia de la severidad de las consecuencias o efectos adversos que pudiera generar la enfermedad o condición sobre el estado de salud de la persona.

Severidad percibida:

El modelo original del HBM (Rosenstock, 1966) considera que esta variable se refiere a las creencias que tiene una persona respecto a los efectos o consecuencias que una determinada enfermedad o condición pueda causar sobre su estado de salud actual, los mismos que pueden considerarse como las dificultades que dicha enfermedad o condición podría generar a la persona, tales como dolor, incomodidad para realizar las actividades cotidianas, ausentismo laboral, deterioro de las relaciones sociales, con la familia, gastos económicos, entre otros. Por lo tanto, se considera importante incluir estas cargas emocionales y financieras al considerar la severidad de una enfermedad o condición (Rosenstock, 1974).

Para Cabrera, Tascón y Lucumí (2001), esta dimensión se ha dividido en dos: la severidad de la enfermedad en particular y la severidad de los efectos físicos, socioeconómicos y mentales. Los autores tratan de explicar el bajo impacto de la severidad en la predicción de cambios de comportamiento comparado con los otros constructos del modelo, atribuyendo al hecho de que la severidad percibida se presenta en personas que son sintomáticas, presentan amenazas inminentes para su salud o son condiciones médicas de las cuales ya tiene alguna experiencia.

La combinación de la percepción de la susceptibilidad y severidad forman el concepto de amenaza percibida que se refleja en el modelo presentado en la figura II.1.

Beneficios percibidos:

Los beneficios percibidos se refieren a las creencias sobre la efectividad de varias acciones disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad. Después de haber aceptado la susceptibilidad y reconocido la severidad de una enfermedad, el siguiente paso es tomar una acción preventiva o tomar una acción que le permita lidiar con la enfermedad, si es que ya la tuviera (Rosenstock, 1966).

La variable beneficios percibidos es uno de los mejores predictores del comportamiento y conductas preventivas en salud, de acuerdo a los distintos estudios realizados. Gristwood (2011), en una revisión sistemática del HBM aplicado a adultos mayores, identifica en varios estudios que los beneficios percibidos fueron los más fuertes predictores del cambio en el comportamiento de la salud, específicamente en el

ejercicio físico. Del mismo modo, Wood (2008) también coincide en que los beneficios percibidos son los mejores predictores de la participación en ejercicio físico en un grupo de mujeres con riesgo de cáncer de mama.

Asimismo, Mantilla et al. (2014) evalúa la influencia de los beneficios percibidos sobre el comportamiento, en un grupo de docentes universitarios. Los resultados demuestran que ante un mayor conocimiento y percepción de los docentes respecto a los beneficios percibidos, éstos llevan a cabo sus comportamientos, como hacer ejercicio físico, llevar una alimentación saludable, seguir las recomendaciones del doctor, entre otros hábitos relacionados a la conservación de la salud.

Barreras percibidas:

Esta variable se refiere a los aspectos negativos de las acciones que permitan llevar a cabo la conducta recomendada. Hochbaum y Rosenstock (1966), señalan que, a pesar de que un individuo pueda creer que los beneficios de tomar acciones preventivas son efectivos, esto no necesariamente significa que va a llevar a cabo dicha acción, debido a las barreras que pueda encontrar para ejecutarla. Las barreras pueden estar relacionadas a las características de un tratamiento, o medida preventiva como por ejemplo un examen preventivo, que pueda ser incómodo o doloroso, los costos asociados, la conveniencia, entre otros que influyen en que la persona deje de tomar esta acción preventiva (Rosenstock, 1974; Cabrera et al., 2001).

Algunos estudios aplicados a personas con distintas características y condiciones de salud, se ha demostrado que uno de los mayores predictores del comportamiento relacionado a la actividad física son las barreras percibidas. En una muestra de profesores universitarios de educación de la salud, de los cuales la mayor parte eran mujeres, las barreras percibidas resultaron ser el más fuerte predictor de la participación en el ejercicio físico (Girvin & Reese, 1990).

Gristwood (2011), también resalta que las barreras percibidas son uno de los más fuertes predictores del comportamiento en una muestra de adultos mayores, debido a la escasez de programas personalizados

Janz y Becker (1984) concluyen que, de los 24 estudios correlacionales, las barreras tuvieron el impacto más frecuentemente reportado sobre el comportamiento (93%),

seguidos por la susceptibilidad (86%), los beneficios (74%) y la severidad (50%). Sin embargo, no se señala la magnitud del impacto de los constructos del modelo sobre los pasos preventivos tomados por las personas (Cabrera et al., 2001).

En la misma investigación realizada al modelo HBM por Janz y Becker (1984), se obtiene evidencia empírica sustancial de apoyo a las dimensiones de este modelo, que contribuyen a la predicción del comportamiento relacionados a la salud de los individuos. Sin embargo, agrega que es importante tener en cuenta otras variables que han sido desarrolladas por otros modelos y teorías, como, por ejemplo, las normas sociales, del modelo de Ajzen (1991), que podrían encajar bien dentro de las dimensiones de las barreras y/o beneficios percibidos. El concepto de autoeficacia de Bandura, también es otra variable que Janz y Becker (1984) consideran deben ser incluidas como parte de los aspectos de barreras percibidas, que es la dimensión más fuerte del HBM.

Últimamente se han agregado otros constructos al modelo HBM; por lo tanto, el modelo se ha ampliado para incluir señales de acción, factores motivadores y autoeficacia (Abraham y Sheeran, 2005) con la finalidad de aumentar la capacidad predictiva. La modificación al modelo se realiza debido a dos limitaciones principales que presentaba el modelo original HBM: la baja capacidad predictiva de los determinantes; su pequeño tamaño de efecto; y la falta de reglas claras para la combinación de las variables y las relaciones entre ellas.

Por otro lado, existen una serie de críticas a este modelo, principalmente motivados porque sus componentes no se encuentran claramente definidos, del mismo modo que otros modelos basados únicamente en el individuo, al no incluir aspectos sociales económicos o inconscientes, como hábitos que pueden determinar el comportamiento y resultan tan importantes como los factores cognitivos que si abarca el modelo. (Morris, Marzano, Dandy, & O'Brien, 2012)

Con la finalidad de abordar las limitaciones del modelo HBM, Orji, Vassileva, y Mandryk, 2012, agregaron cuatro nuevas variables como posibles determinantes del comportamiento saludable: autoidentidad, importancia percibida, consideración de las consecuencias futuras y preocupación por la apariencia. Este modelo extendido fue validado ya que se demostró que logró predecir el 71% de la varianza en el

comportamiento de la salud, en contraste con el 21% del modelo original. Asimismo, Orji et al (2012), sostienen que las cuatro variables propuestas junto con la autoeficacia son mejores predictores de una conducta saludable que las variables originales del modelo.

Pese a que este modelo se ha establecido dentro del entorno de la salud, se ha aplicado a diversos tipos de comportamiento siendo más adecuado a ser aplicado a patrones de comportamiento formal. Diversos estudios concluyen que tiene un poder predictivo débil alrededor del 10% de la varianza, siendo las barreras aquellos componentes trascendentales para poder establecer el comportamiento. (Morris, Marzano, Dandy, & O'Brien, 2012).

El HBM ha sido aplicado y estudiado en diferentes conductas de la salud, como adherencia al tratamiento de la tuberculosis, autoevaluación para prevención de cáncer de mama, prevención de osteoporosis, detección del cáncer cervical, vacunación contra la hepatitis A y B, vacunación contra el virus Papiloma Humano, detección de cáncer de próstata, conductas sexuales de alto riesgo, actividad física y ejercicio, entre otras con buenos resultados en explicar las conductas de la salud (Esparza et. al, 2017).

Con respecto a las aplicaciones de este modelo a la actividad y ejercicio físico, estudios como los de Al-Ali y Haddad (2004), Orji et al. (2012), Mantilla et al. (2014), Lo, Chair y Lee (2015), Mirotznik, Feldman y Stein (1995), entre otros, demostraron que las variables del HBM tuvieron relevancia en explicar las conductas de salud en las distintas poblaciones estudiadas.

Esto se refuerza analizando el estudio de Esparza et al. (2017), en el cual se valida una escala de ejercicio aplicando el Modelo de Creencias en Salud a una población adulta en cinco ciudades de México. Para ello, se parte de dos aspectos que explican las conductas de salud, primero la percepción de amenaza de salud y la percepción de que una conducta de salud específica puede reducir o erradicar la amenaza, ambas en conjunto influyen en el comportamiento. En este caso, las creencias o percepciones se refieren a que hacer ejercicio reduce el riesgo de enfermedades, y que, a pesar de que hacer ejercicio es difícil, el beneficio último será mejor que el daño potencial a la salud, entonces decidirá cambiar su conducta. Los resultados demostraron que todos los factores analizados obtuvieron el puntaje necesario para considerar un instrumento de

medición confiable y con una adecuada consistencia interna, quedando validada la escala de ejercicio basada en el HBM en la población mexicana.

De este punto se puede concluir que el modelo de creencias en salud o *Health Belief Model* es, hasta ahora, una de las teorías más usadas en el ámbito de la salud y en la promoción de la misma.

2.2.2 La teoría del comportamiento planificado (TPB)

La teoría del comportamiento planificado (TPB) corresponde a una de las teorías más citadas y aplicadas dentro de la teoría del comportamiento, correspondiendo a una familia de teorías que admiten un punto de vista cognoscitivo para poder demostrar que el comportamiento se encuentra concentrado en las actitudes y creencias de los sujetos. La teoría de la conducta planificada, desarrollada por Ajzen (1985, 1991) y Ajzen y Madden (1986) se desarrolló partiendo de la teoría de acción razonada (TRA) (Fishbein y Ajzen, 1975) en la cual la actitud y las norma subjetivas, es decir la presión social percibida por el individuo para realizar o no una determinada conducta, influyen en la intención, la cual establecía la intención de actuar como el mejor pronosticador del comportamiento, siendo ésta, producto de una mezcla de actitudes hacia el comportamiento, es decir la valoración positiva o negativa sobre este, las expectativas de resultado y la normatividad subjetiva.

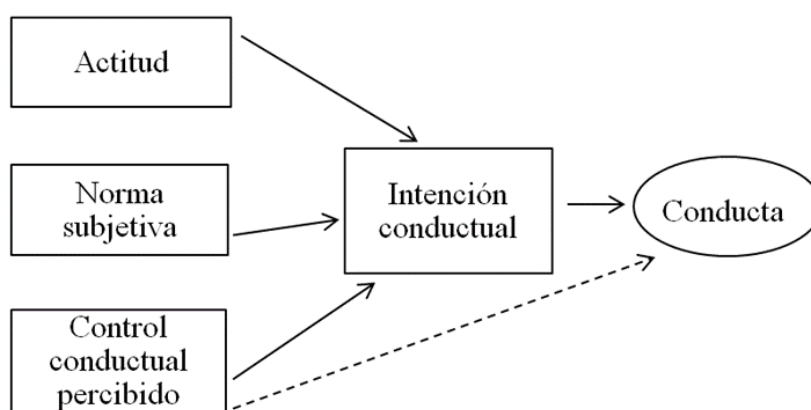
La teoría de la conducta planificada (Ajzen, 1991) incluye el control del comportamiento percibido como un factor importante que influye en la intención y en consecuencia en el comportamiento, y que se define a las facilidades o barreras que se presentan al sujeto para comportarse de determinada manera, de modo análogo a la autoeficacia (Morris et al., 2012), ver Figura II.2.

También podría considerarse que la teoría de la conducta planificada (Ajzen, 1988, 1991), resulta conveniente para poder pronosticar el comportamiento y en forma retrospectiva, siendo muy usado en el ámbito de la salud. Los estudios indican que el modelo puede pronosticar entre 20% y 30% de la variancia en el comportamiento que ha sido originado mediante intervención e intención, encontrándose altos niveles de correlación entre el comportamiento, la actitud y los componentes percibidos de la

teoría de control conductual, solo encontrándose correlaciones con la normatividad subjetiva. (Morris, Marzano, Dandy, & O'Brien, 2012).

Tanto la teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) como la teoría de la conducta planificada (Ajzen, 1991), ambos son modelos muy utilizados para estudiar las conductas o comportamientos hacia la práctica de actividad física.

Figura II.2 Modelo basado en la teoría de la conducta planeada



Fuente: Ajzen (1991)

Los componentes del modelo son:

La actitud:

Definida como un constructo o variable no observable directamente, implica una organización, es decir una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos, tiene un papel motivacional orientado a la acción, aunque no se debe confundir con esta última, la actitud también influencia la percepción y el pensamiento.

En el modelo de Ajzen, la actitud se encuentra influenciada por la variable creencias conductuales pero tiene implicancia sobre la Intención de que el individuo realice o ejecute una determinada acción, que a la vez está relacionada con la expectativa sobre el impacto que tiene sobre los resultados de su comportamiento. (Ajzen 1991).

En un metanálisis realizado por Hagger, Chatzisarantis, Biddle (2002), se demostró que las actitudes tienen el mayor peso en la determinación de las intenciones hacia la

actividad física. Los participantes presentaron un mensaje persuasivo dirigido a creencias destacadas que produjeron actitudes más positivas hacia el comportamiento de la salud ($p < 0,05$) y las intenciones más fuertes ($p = 0,059$) que las presentadas con un mensaje dirigido a creencias no conducentes de comportamiento (chatzisarantis & Hagger, 2005). Sin embargo, el estudio es uno de los primeros en sugerir que las intenciones pueden ser influenciadas dirigiéndose sólo a las actitudes. (Wood, 2008).

La Norma subjetiva:

Definida como un razonamiento normativo que pone de manifiesto la presión social percibida por el individuo para que pueda o no realizar una conducta; también se le puede definir como el resultado de la evaluación que un individuo hace sobre si las personas de su entorno quieren que se realice la conducta y de la motivación para complacerlos. Es decir, la norma subjetiva está determinada por dos componentes: por la percepción de que otras personas importantes para el sujeto aprueban, piensan, esperan y desean su conducta (creencias normativas); y la motivación del propio sujeto para acomodarse a las expectativas o deseos de esas personas (motivación de ajustarse).

La norma subjetiva o denominada también norma social percibida, se incorpora dentro de la Teoría de Conducta planeada como una variable que depende de las creencias Normativas, que a su vez se definen en base a variables externas (Demográficas, personalidad, influencias), pero a la vez las Normas Subjetivas influyen sobre la intención del individuo (de acuerdo al modelo), intención que luego deberá desembocar en el comportamiento o ejecución de la acción. (Ajzen, 1991)

Ameneh, Amirzadeh, Abdollahi y Kong Lim (2014) en un estudio realizado sobre una población de adultos mayores con el objetivo de describir la utilización de la teoría del comportamiento planificado para optimizar la conducta de la práctica de actividad física en la población estudiada, las conclusiones fueron que el TPB brinda una óptima comprensión de los constructos que resultan significativos para la práctica de actividad física, obteniéndose que el tomar conocimiento de la utilidad de practicar actividad física, no incrementa la intención de los adultos mayores de participar en un programa de entrenamiento, siendo las normas subjetivas y el control del comportamiento percibido los constructos más significativos.

El control percibido:

El control conductual percibido es la creencia personal de la capacidad de controlar las dificultades existentes para realizar una conducta. El control conductual incluye factores internos y externos. Entre los internos se encuentran habilidades físicas y psicológicas, y en los externos, el tiempo, la oportunidad, los medios y la dependencia de terceros.

El control conductual percibido, se incorpora dentro de la Teoría de Conducta planeada como una variable que depende de las creencias de control, que a su vez se definen en base a variables externas (Demográficas, personalidad, influencias), pero a la vez el control conductual percibido influye sobre la intención del individuo (de acuerdo al modelo), intención que luego deberá desembocar en el comportamiento o ejecución de la acción.

En referencia a estudios empíricos, se menciona a Biddle (1994) donde se investigaron los predictores socio-psicológicos de la actividad física en una muestra de una fuerza laboral universitaria, basándose en la Teoría del Comportamiento Planeado. El estudio determinó que los predictores eran diferentes tanto como hombres como para mujeres encontrándose en el estudio que los mejores predictores de intención hacia el ejercicio fueron actitud, control percibido, beneficios y autoeficacia.

2.2.3 Teoría Cognitiva Social

La teoría Cognitiva Social o Social Cognitive Theory (SCT por su denominación en inglés) desempeña un papel importante en la adopción, iniciación y conservación de comportamientos de la salud, describe los constructos principales de la SCT (Bandura 1977), entre las cuales se encuentran: la autoeficacia, expectativas de resultado, metas e impedimentos socioculturales.

Según la SCT, las motivación y acciones humanas se encuentran reguladas por la planificación. Este mecanismo anticipado de control incluye las expectativas que podrían estar referidas a los resultados de empezar una acción específica. La teoría diseña diferentes factores importantes que influyen en el comportamiento.

El primer factor es la autoeficacia percibida, está referida a las creencias del individuo en su capacidad de poder realizar una acción específica requerida para el logro de un resultado esperado. Las expectativas de resultado es aquel constructo que se ocupa de las creencias de los individuos acerca de las posibles consecuencias de sus acciones, es decir estimulan la decisión de cambiar el comportamiento de uno.

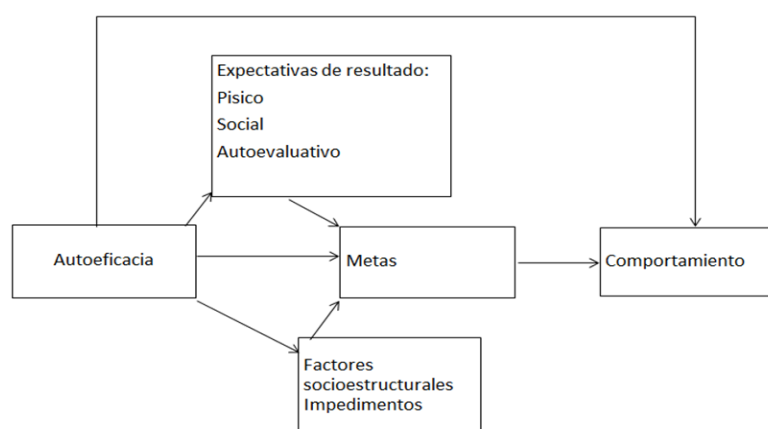
Para resumir, las expectativas de resultados y las creencias de la autoeficacia desempeñan un papel fundamental en la adopción de nuevos comportamientos de salud, con la eliminación y/o desaparición de aquellos hábitos perjudiciales. y manteniendo aquellos que se ha logrado cambiar. Ambos constructos se consideran predictores directos del comportamiento, también operan a través de vías indirectas, las cuales afectan la determinación de los objetivos y la percepción de los factores socioculturales.

Las metas o intenciones se consideran predictores directos y en muchos casos suficientes predictores del comportamiento, estas sirven como auto-incentivos y guías para la salud.

Los factores socio-estructurales se refieren a los impedimentos (barreras) u oportunidades que residen en las condiciones de vida, sistemas de salud, sistemas políticos, económicos o ambientales (Bandura 1997).

En la siguiente Figura II.3 se muestran los constructos de la Teoría Cognitiva Social donde se ilustra la interacción de todo el proceso del cambio del comportamiento.

Figura II.3 Modelo de la Teoría Cognitivo Social



Fuente: Bandura (1986)

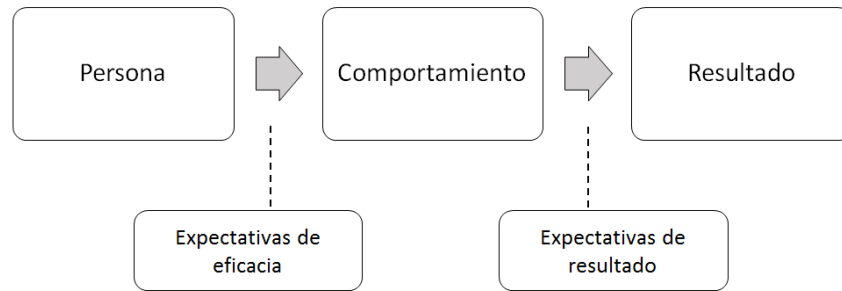
Rosenstock (1974), Strecher, Becker (1988) a partir del análisis y comparación realizado entre el Modelo de Creencias en Salud (HBM) y la Teoría Social Cognitiva (SCT) explican las contribuciones realizadas por la SCT, que fueron incluidas en el modelo HBM, referidas, en primer lugar, a la variedad de fuentes de información para alinear las expectativas y poder a través de ellas modificar el comportamiento. En segundo lugar, el concepto de autoeficacia (expectativa de eficacia), que se define como la convicción de que uno puede lograr satisfactoriamente realizar una conducta específica para producir los resultados deseados.

En los estudios realizados, se encontró que la Teoría Cognitiva Social fue aplicada en diferentes estudios, y que la principal variable es la autoeficacia, que se explicará en el siguiente punto.

2.2.4 Teoría de la Autoeficacia

Fue originalmente conceptualizada por Bandura (1977) como una teoría general de cambio de comportamiento, siendo el constructo autoeficacia un aspecto elemental de la teoría social cognitiva (Bandura, 1986). Según esta teoría tanto la motivación como los comportamientos, ambos están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas: a) Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) Las expectativas de resultado, es la que se refiere a la creencia que un comportamiento producirá determinados resultados y c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan lograr los resultados esperados (Bandura, 1995).

Figura II.4 Teoría de la Autoeficacia



Fuente: Bandura (1977)

Los componentes principales de este modelo son:

- (i) Expectativas eficacia o auto-eficacia: Es la capacidad percibida para ejecutar con éxito un determinado comportamiento.
- (ii) Expectativas de resultados: Es la probabilidad percibida de que un comportamiento produzca determinados resultados.

Las expectativas, tanto de eficacia como de resultados, se no se consideran como variables globales y estables, sino como cogniciones específicas y cambiantes, que se forman y se reelaboran constantemente a partir del procesamiento y la integración de la información procedente de diferentes orígenes: los propios logros en el pasado, la observación del comportamiento de los demás, la persuasión verbal y la auto-percepción del estado fisiológico del organismo. En este sentido, las expectativas vendrían a ser creencias actuales, que reflejan la historia individual y que se proyectan hacia el futuro.

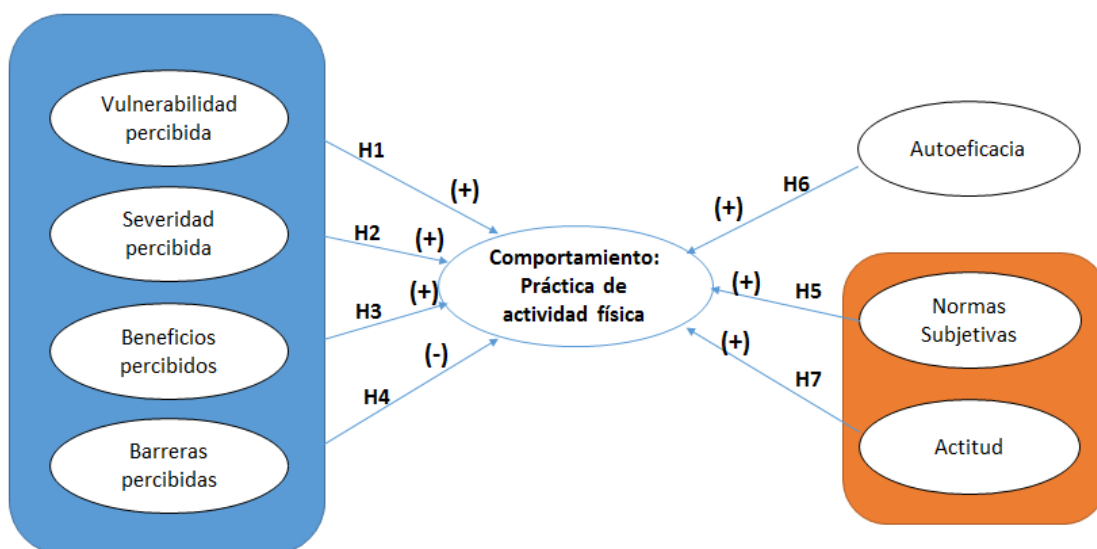
Biddle y Nigg (2000) respaldan a la teoría de autoeficacia como una de las más exitosas en el comportamiento del ejercicio o actividad física, a pesar de tener diferentes conceptualizaciones de la medida de la eficacia, lo que se hace evidente con la incorporación de la autoeficacia como un constructo importante en otros modelos como en el caso del Health Belief Model.

2.3 Modelo propuesto y planteamiento de Hipótesis

El modelo propuesto tiene como sustento principal al modelo del Health Belief Model o Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974), desarrollado posteriormente por Becker y Maiman (1974) y explicado por Janz y Becker (1984), el cual plantea que el comportamiento que adopta una persona depende de un conjunto de convicciones creadas a partir de amenazas hacia su bienestar, así como el resultado o consecuencia de determinado comportamiento, lo que se manifiesta a través de su percepción con respecto a su nivel de vulnerabilidad, severidad, beneficios y barreras.

Como segundo sustento se cuenta con la teoría del Comportamiento Planificado, desarrollado por Ajzen (1985, 1991) de donde se extrae para nuestro modelo el constructo normas subjetivas o presión social y la actitud. Finalmente se incorpora al modelo el constructo “autoeficacia” extraído de la teoría del mismo nombre y desarrollada por Albert Bandura (1977), a partir de la teoría de aprendizaje social. En la Figura II.5 se presenta el modelo propuesto, donde se muestran las relaciones entre las distintas variables analizadas.

Figura II.5 Modelo Conceptual de los factores que influyen en la práctica regular de actividad física



Fuente: Elaboración propia

Este modelo se formuló tomando en cuenta los factores más relevantes de las teorías mencionadas. Considerando que no se había realizado estudios previos sobre los ejecutivos, se trata de analizar y comprobar qué tanto este grupo social, a pesar de tener

un mayor nivel de conocimientos por su mayor educación y mayores ingresos, se comporta respecto a la práctica regular de ejercicio físico. El modelo trata de explicar en qué medida el ejecutivo es consciente de las amenazas a las que se encuentra expuesto, sobre todo por la responsabilidad que enfrenta diariamente, y a partir de ello, cómo reacciona y cuáles son las actitudes hacia la práctica de actividad física, una vez conocidos los beneficios del ejercicio en diferentes ámbitos de su vida, tomando en cuenta también la presión social del entorno, el control que pueda manejar sobre sí mismo y las limitaciones de su entorno.

Planteamiento de Hipótesis

A continuación, se explica cada variable analizada y la relación en el modelo propuesto.

Variable vulnerabilidad percibida

El modelo de creencias en salud de Rosentock (1974) indica que una de las variables determinantes para que se incremente la probabilidad de acción preventiva de salud es la Vulnerabilidad percibida, en el presente estudio se está considerando también a esta variable como determinante para el modelo propuesto.

Entre los estudios empíricos más representativos se considera el realizado por Esparza del Villar (2017), donde se logró validar la escala completa del modelo HBM para la población en México, al lograrse validar el modelo completo, también quedaron validadas las variables que lo conforman, dentro de estas se considera el concepto de vulnerabilidad percibida. Por lo cual puede concluir que de acuerdo con el modelo de creencias en salud, la percepción de vulnerabilidad estimula la aparición de patrones de conducta más saludables que permitan prevenir enfermedades y evitar situaciones de riesgo. Por lo tanto, la primera hipótesis de investigación sería:

Las personas realizan mayor actividad física si se sienten vulnerables a adquirir alguna enfermedad como males cardíacos hipertensión arterial, diabetes, que son las más frecuentes relacionadas al sedentarismo, así como entrar en una situación de riesgo como estar en condición de obeso, sobre peso, con elevados indicadores de colesterol, triglicéridos, que favorecen la adquisición de diversas enfermedades. Por lo tanto, la primera hipótesis de investigación sería:

H1: Mientras mayor vulnerabilidad perciba el ejecutivo, mayor será su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física.

Variable severidad percibida

El modelo de creencias en salud de Rosentock (1974) indica que una de las variables determinantes para que se incremente la probabilidad de acción preventiva de salud es la Severidad percibida por el individuo, en el presente estudio se está considerando también a esta variable como determinante para el modelo propuesto.

Se considera importante mencionar que Janz y Becker (1984), en la revisión del modelo de creencias en salud - una década después, en base a la revisión de diversos estudios empíricos realizados durante una década, indican que la severidad percibida se refiere a los sentimientos concernientes a la seriedad de contraer cierta enfermedad, o dejarla sin tratamiento. Esta dimensión incluye la evaluación de las posibles consecuencias médicas o clínicas que pueden ser alguna discapacidad, dolor, incluso la muerte, así como también evalúa las posibles consecuencias sociales de esta afección, tales como los efectos negativos que tendrá en el trabajo, la vida familiar, y las relaciones sociales.

Entre los estudios empíricos más representativos se considera también el realizado por Esparza del Villar (2017), donde se logró validar la escala completa del modelo de creencias en salud para la población en México, al lograrse validar el modelo completo, también quedaron validadas las variables que lo conforman, dentro de estas se considera el concepto de Severidad percibida. Por lo cual puede concluir que de acuerdo con el modelo de creencias en salud, la percepción de Severidad estimula la aparición de patrones de conducta más saludables que permitan prevenir O mitigar situaciones de riesgo. Por lo tanto, la segunda hipótesis de investigación sería:

H2: Mientras mayor severidad perciba el ejecutivo, mayor será su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física.

Variable beneficios percibidos

El modelo de creencias en salud de Rosentock (1974) indica que una de las variables determinantes para que se incremente la probabilidad de acción preventiva de

salud es la de Beneficios percibidos por el individuo, en el presente estudio se está considerando también a esta variable como determinante para el modelo propuesto. Una vez reconocida la susceptibilidad y gravedad de una amenaza para la salud, esto debería incrementar la probabilidad de la persona a tomar acciones al respecto, sin embargo, esto va a suceder también dependiendo de las creencias que se tenga respecto a la efectividad de las acciones disponibles que se tengan para reducir esta amenaza (Janz y Becker, 1984), es decir con base a los beneficios en salud que la persona pueda percibir para sí mismo.

En referencia a estudios empíricos, en este punto se resaltara el realizado por Mantilla y Villamizar (2015), donde en base a un estudio realizado sobre una población de 202 docentes universitarios, donde se encontró dentro de las variables determinantes para que se realice una acción a los beneficios percibidos por el individuo.

En la medida que la persona percibe que la realización de ejercicios físicos le brinda mayores beneficios, relacionados a su salud, como la prevención de enfermedades, o más años de vida saludable, encontrarse en mejores condiciones mentales o físicas, o en lo referido a su apariencia e imagen ante la sociedad o sus compañeros de trabajo, ello repercutirá de manera positiva en una mayor actividad física. La hipótesis para esta variable es:

H3: Mientras mayores beneficios perciba el ejecutivo, mayor será su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física.

Variables barreras percibidas

El modelo de creencias en salud de Rosentock (1974) indica que una de las variables determinantes para que se incremente la probabilidad de acción preventiva de salud es la de Barreras percibidas por el individuo, Si las barreras percibidas son consideradas superiores a los beneficios percibidos por el individuo, disminuirá la probabilidad de que se realice la acción preventiva, por lo cual estas dos variables están ligadas según indica el modelo. En el presente estudio se está considerando también a esta variable como determinante para el modelo propuesto.

En referencia a estudios empíricos, en este punto se resaltara también el realizado por Mantilla y Villamizar (2015), donde en base a un estudio realizado sobre una

población de 202 docentes universitarios, donde se encontró dentro de las variables determinantes para que se realice una acción a las barreras percibidas por el individuo.

En referencia a estudios empíricos Nahla al-ali y haddad en 2014, realizaron un trabajo con una muestra de 98 pacientes con infarto de miocardio en Jordania con una edad media de 50 años y con un 58% de varones, se encontró que la motivación para llevar una vida saludable y las barreras percibidas tenían una correlación estadísticamente significativa, se encontró por ejemplo que era determinante el nivel de ingresos económicos del paciente para que este pueda realizar actividad física.

Consideramos importante incluir esta variable porque de la revisión de diversa bibliografía, explicada en el marco teórico, observamos que un factor para la realización de actividades físicas lo constituyen las barreras que percibe la persona tales como la escasa disponibilidad de tiempo, los recursos económicos, la distancia con respecto al lugar donde realiza los ejercicios físicos, o el espacio o la pre-existencia de alguna enfermedad que de alguna manera impida la realización adecuada de actividad física. En la medida que el individuo perciba una mayor barrera, entonces tenderá a realizar menor actividad física. Por tanto, la hipótesis planteada para las barreras es:

H4: Mientras mayores barreras perciba el ejecutivo, menor será su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física.

Variable normas subjetivas

Según la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen 1991), las Normas subjetivas se encuentran dentro de las variables que determinan la Intención de realizar algún comportamiento, para nuestro caso comportamiento orientado hacia la prevención o mejora de la salud en base a la práctica de actividad física.

Además Janz y Becker (1984), en la revisión realizada al modelo de creencias de Salud, señalan que la presión social percibida, más conocida como las normas subjetivas o normas sociales de Ajzen y Fishbein, deben incluirse dentro del modelo de Creencias en Salud, ya que pueden actuar bien como beneficios o como barreras percibidas por la persona ante determinada situación. Por lo cual también corroboramos que existe sustento científico para que la variable Normas Subjetivas sea considerada en el modelo propuesto por el presente estudio.

Espí (2005) señala que la Norma Subjetiva es un razonamiento normativo que pone de manifiesto la presión social percibida por una determinada persona que va a llevar a cabo o formar una conducta propia con respecto a la ejecución o no de dicha conducta. Para ello el individuo realiza una evaluación con respecto a dicha presión social, si siente que se orienta hacia llevar a cabo dicha conducta y la motivación que tenga para complacerlos.

En referencia a estudios empíricos, se cree importante resaltar el realizado por Gholamnia (2014), en el cual basados en la Teoría de la Conducta planeada de Ajzen se pudo validar sobre una población de 180 esposas de militares en Irán que una determinante para la realización de actividad física son las Normas subjetivas. Se plantea la hipótesis siguiente:

H5: Mientras mayores normas subjetivas perciba el ejecutivo, mayor será su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física.

Variable autoeficacia

Según la teoría de la Autoeficacia de Bandura (1997) se considera a la autoeficacia como una poderosa variable para determinar el comportamiento del individuo. La autoeficacia también puede ser descrita como las creencias del individuo en sus propias habilidades para afrontar diversas situaciones que se le presenten.

En referencia a estudios resaltantes sobre el tema, tenemos el de Olivari y Urra (2007), quienes sostienen que en lo que respecta a la autoeficacia y ejercicio físico, los distintos hallazgos reportan que las personas con altos niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física en comparación de aquellos con bajos niveles de autoeficacia (McAuley y Jacobson, 1991 en Rimal, 2001). Asimismo, las personas con alto grado de autoeficacia tienen sentimientos mucho más fuertes de efectividad para realizar el ejercicio y para comprometerse en ese momento en realizar una mayor cantidad de actividad física que aquellos individuos con bajo nivel de autoeficacia. (Marcus, Eaton, Rossi y Harlow, 1994).

Por lo que resulta importante para la presente investigación incluir a la autoeficacia como variable explicativa, según la hipótesis planteada.

H6: Mientras mayor criterio de autoeficacia tenga el ejecutivo, mayor será su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física.

Variable actitud

Según la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen 1991), la Actitud se encuentra dentro de las variables que determinan la Intención de realizar algún comportamiento, para nuestro caso comportamiento orientado hacia la prevención o mejora de la salud en base a la práctica de actividad física.

Entre los estudios realizados al respecto cabe resaltar el realizado por Ameneh (2014), donde en base con la Teoría del Comportamiento Planificado de Ajzen, y al análisis de diversos estudios empíricos pudo determinarse que la Actitud es un fuerte predictor del comportamiento para la práctica de actividad física en adultos mayores.

También Según Gutiérrez-Sánchez y Pino-Juste (2013) con relación a su muestra de estudio, señalan que su objetivo ha sido identificar las actitudes con respecto a la actividad físico-deportiva y las dimensiones de las mismas, de un grupo de alumnos, que arrojó como conclusiones que existen diversos factores como el haber practicado deporte en la edad escolar que lleva a tener una mejor actitud relacionada a la actividad físico-deportiva, lo que representa un resultado importante para nuestra investigación por lo que consideramos fundamental poner a la actitud como variable explicativa, siendo su hipótesis la siguiente:

H7: Mientras mejor sea su actitud con respecto a la realización de ejercicios físicos, mejor será su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física.

2.4 Resumen del capítulo

En base a la revisión de literatura revisada, se identificó que existen diversos factores que determinan el comportamiento de las personas, específicamente en lo referido a la práctica de actividad física, los principales factores se dan a nivel personal (fisiológico, psicológico, cognitivo), social y ambiental, referidos también a las características propias de la actividad física (Oliveira, 2010 y Sherwood et al., 2000). Partiendo de ello, el análisis de la literatura se centró en los factores a nivel personal, determinados por el propio individuo, que conlleven a un comportamiento específico. En base a ello se estudiaron los principales modelos y teorías de comportamiento relacionadas con la salud y el ejercicio físico, identificando que el modelo de creencias en salud o HBM (Becker, 1974), la teoría del comportamiento Planificado (Ajzen, 1991) y la Autoeficacia proveniente de la Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1986). Del modelo de creencias en salud, se identificaron como más relevantes las variables vulnerabilidad percibida y severidad percibida que según el modelo original conforman la amenaza percibida por la persona. Además, se consideraron los beneficios y barreras percibidas, relevantes en gran medida ya que mientras uno perciba que los beneficios que obtenga de adoptar cierta conducta son mayores que los obstáculos que pueda enfrentar, finalmente incrementan la probabilidad de tomar alguna acción preventiva o correctiva con respecto a alguna situación adversa, en particular de la salud. Las normas subjetivas o presión social percibida, fue considerada para incluirse dentro del modelo propuesto, ya que en muchos casos se observa que las personas actúan en respuesta a lo que piensa su entorno más cercano respecto a cómo debe comportarse, lo que está explicado en la Teoría del comportamiento planificado, al igual que la actitud, que influye directamente en la intención de la persona a realizar un comportamiento específico. Por otro lado, se encontró que la autoeficacia era una de las variables explicativas en la mayoría de los estudios revisados en diferentes poblaciones analizadas, por lo cual se consideró que mientras la persona perciba una mayor autoeficacia, es decir la capacidad o el control que tiene para realizar ciertas acciones, va a trasladarlo a su comportamiento. Finalmente, se planteó el modelo conceptual basado en las variables anteriormente indicadas, identificando las hipótesis a ser validadas luego del análisis de los resultados del estudio.

CAPÍTULO III. DISEÑO Y MÉTODO

En este capítulo se expone el proceso metodológico utilizado en la presente investigación. Se describe el diseño, la unidad de estudio, las mediciones realizadas, así como el procesamiento de datos realizados en el estudio cuantitativo. A partir de ello, se ponen a prueba las hipótesis propuestas en el modelo conceptual definido en el capítulo anterior.

3.1 Diseño general de la investigación

La presente investigación sigue un enfoque cuantitativo, ya que se utilizaron técnicas estadísticas para la medición de las variables en estudio. El diseño de la investigación es de tipo no experimental, ya que solo se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, por lo que no existe manipulación de las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Es de corte transversal, ya que se recolectaron los datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004). Además de ser correlacional, ya que el propósito es medir las variables que se proponen y verificar si las explicativas o independientes están o no relacionadas de manera significativa con la dependiente (Hernández et al., 2014).

La recolección de los datos se realizará a través de la aplicación de un cuestionario (encuesta) para poder determinar los factores que inciden sobre el comportamiento de los ejecutivos en lo relacionado a la práctica de actividad física.

3.2 Población y muestra

La población o universo se refiere al conjunto de elementos con las mismas características o especificaciones. Cada uno de los elementos que componen la población es la unidad de análisis (Hernández et al., 2014).

La población en este estudio está constituida por hombres y mujeres ejecutivos que, para efectos de la presente investigación, se han definido como profesionales que desempeñan un cargo de jefatura, gerencia o de alta dirección en una organización perteneciente a los diversos sectores de la economía del país, desde la prestación de servicios, consultorías, comercio exterior, minería, agro industria, hasta la comercialización, producción de bienes. Además, los ejecutivos tienen entre 25 y 60

años de edad, y se encuentran cursando o han cursado una Maestría en Administración MBA en los últimos dos años (2015-2017).

Se ha delimitado la población estudiada a la ciudad de Lima Metropolitana, por una razón de criterio, debido a las características comunes de este grupo social, además de que en Lima se concentra la mayor cantidad de programas de maestría en administración de negocios (MBA) dirigido principalmente a ejecutivos y profesionales con cargos gerenciales.

Según Hernández et al. (2014), la muestra es un subconjunto de elementos o unidades de análisis que pertenecen a la población. Así también señala que las muestras deben ser representativas, ya que se pretende que este subgrupo sea un reflejo fiel de todo el conjunto de la población (Hernández et al., 2014).

Por lo tanto, la unidad de estudio en este caso viene a ser el ejecutivo, el cual cumple con los siguientes criterios de inclusión:

- (i) Hombres y mujeres ejecutivos con cargo gerencial, directivo o jefatura
- (ii) Que vivan o trabajen en Lima Metropolitana
- (iii) Rango de edad entre 25 y 60 años
- (iv) Estudiantes o egresados de maestría MBA

Adicionalmente, se ha considerado como supuesto que todas las personas tienen la capacidad o destreza para realizar algún tipo de actividad física.

La muestra seleccionada es no probabilística o dirigida a conveniencia de los autores. La técnica consiste en que el investigador seleccione en forma intencional sus unidades de estudio (Hernández et al., 2014).

La ventaja del muestreo no probabilístico, desde el enfoque cuantitativo, es que se asegura que los casos cuenten con las características especificadas previamente (Hernández et al., 2014). Sin embargo, como indica el autor, las muestras dirigidas tienen algunas desventajas, siendo la principal limitación que no es posible calcular el nivel de confianza con el que se hace una estimación, es decir, los datos de la muestra no pueden generalizarse a los de la población.

Para esta investigación, la encuesta aplicada fue dirigida a los profesionales ejecutivos de la Universidad ESAN que cumplieran con los criterios de inclusión señalados previamente. Se seleccionó la Universidad ESAN por la facilidad de acceso a la base de datos. Debido a que se trataba de una encuesta online, solo algunos de ellos pudieron responder la encuesta por decisión propia, obteniendo finalmente una muestra de 180 ejecutivos.

Con la finalidad de reducir el error tipo II (β), que sería concluir que no existe una relación con la variable cuando realmente si existe, se calcula la potencia estadística, que viene a ser la probabilidad de llegar a una conclusión correcta. Dado que el tamaño de la muestra influye en la potencia, se deberá obtener una potencia mayor al 80% para indicar que las conclusiones de las pruebas realizadas son correctas. (Cohen, 1992).

Para efectos de la presente investigación, se procedió a calcular la potencia de la prueba, a través del programa G*Power 3.1., una herramienta para calcular análisis de potencia estadística para muchas pruebas t diferentes, y también se puede usar para calcular tamaños de efecto y para mostrar gráficamente los resultados de análisis de potencia. (Cárdenas y Arancibia, 2014).

Para el cálculo, se tomó en cuenta las siete variables en estudio, un nivel de significancia menor a 5%, así como el tamaño de la muestra de 180. Los resultados de la prueba indicaron que la muestra tiene una potencia mayor a 95%, por lo que se concluye que los datos son más que suficientes para hacer un buen análisis. El procesamiento de la prueba y resultados obtenidos en el software se pueden apreciar en los apéndices I y II.

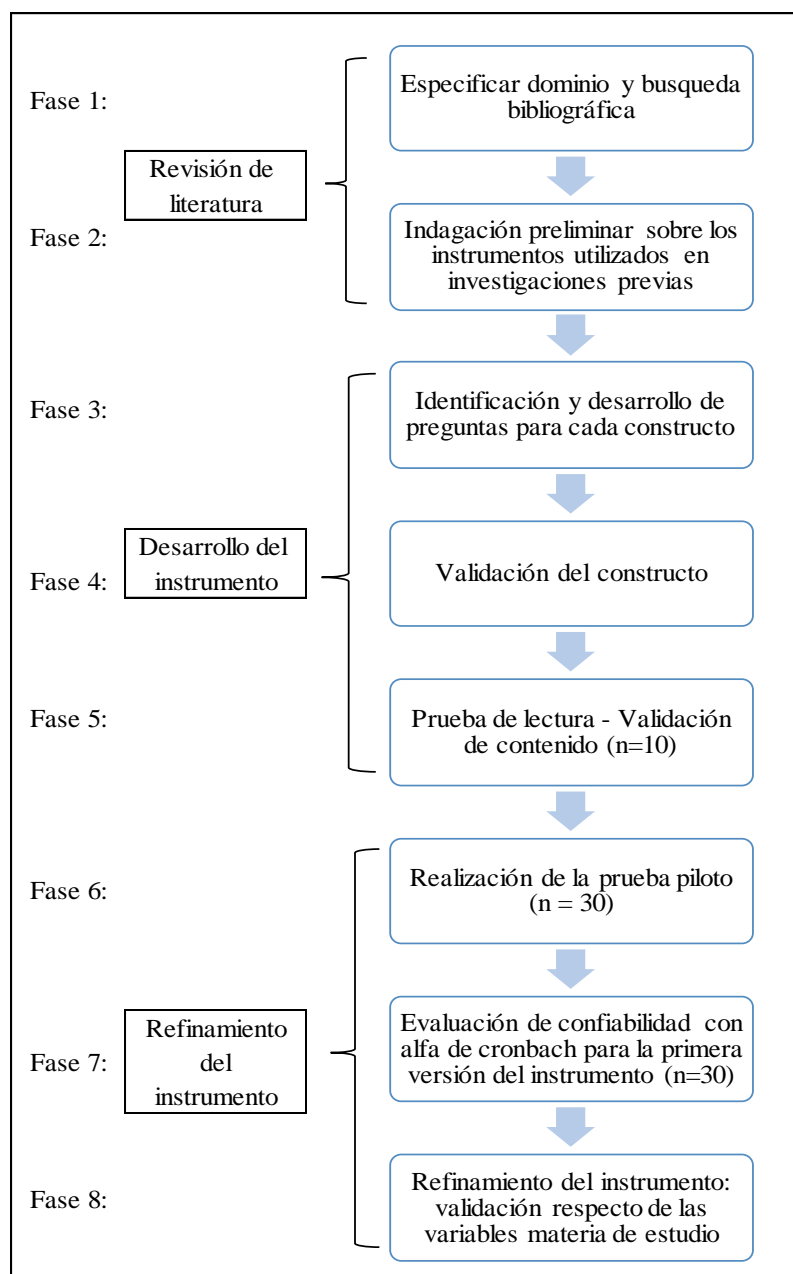
3.3 Diseño del instrumento

El diseño del instrumento se fundamenta en la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del comportamiento de los ejecutivos seleccionados en la muestra, lo que se evidencia en las respuestas que brindan en el cuestionario aplicado.

En la presente investigación, se partieron de las recomendaciones dadas por Churchill (1979), ver Figura III.1. Este proceso se inició con la revisión de la literatura relacionada con las variables relevantes para explicar el comportamiento relacionado a la práctica de actividad física, de acuerdo con los modelos estudiados. Se revisó además

los cuestionarios utilizados por estudios previos, para luego realizar la validación de las preguntas formuladas, con la finalidad de asegurar la adecuada comprensión de las mismas por el público objetivo. A partir de ello, se elabora el cuestionario piloto, que finalmente concluye con la estructura del instrumento final (encuesta) aplicado a la muestra en análisis, que son los ejecutivos en la ciudad de Lima.

Figura III.1 Fases del desarrollo del instrumento de investigación.



Fuente: Elaboración propia con base en los lineamientos de Churchill (1979)

3.3.1 Primera Etapa: Revisión de Literatura

A continuación, se describen las fases del desarrollo del instrumento para la presente investigación, que, para efectos de simplificación y comprensión, se han agrupado en tres etapas:

En esta etapa se realizó la revisión de la literatura y la identificación de instrumentos aplicados en estudios previos por autores, con respecto a los constructos planteados en el modelo propuesto en la presente investigación. Dado que no se encontraron instrumentos específicamente aplicados para el caso de los ejecutivos, se tomaron en cuenta los estudios realizados para la población adulta y adulta joven, entre los 25 y 60 años, que es aquella dentro de la cual está comprendida la muestra en análisis.

En esta etapa es importante la identificación de preguntas modelo con la respectiva sustentación teórica que servirá de base para estructurar un cuestionario adaptado al contexto particular de los ejecutivos, con respecto a cada variable a ser analizada, como son: la vulnerabilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, las normas subjetivas, la autoeficacia y la actitud hacia el comportamiento de ejercicio físico.

Para el desarrollo del instrumento, se utilizaron escalas validadas para cada modelo o teoría planteada. En el caso de las variables cuyas dimensiones se basan en el HBM, se tomó como referencia el cuestionario publicado por Esparza del Villar et al. (2017), a partir del cual se formularon las preguntas correspondientes a las variables de vulnerabilidad, severidad y beneficios percibidos. Se consideró además algunos ítems del instrumento desarrollado por Hayslip et al. (1996), para las variables vulnerabilidad percibida, beneficios percibidos de hacer ejercicio, barreras para hacer ejercicio, y otros significativos que apoyen la práctica del ejercicio físico, considerado también como parte de las normas subjetivas. Los ítems correspondientes a barreras percibidas, consideraron como base teórica el Autoinforme de Barreras percibidas para la práctica de ejercicio de Niñerola et al. (2006).

Para los constructos definidos a partir de la teoría de la conducta planeada, se tomaron como referencia los cuestionarios aplicados por Neipp et al. (2015), para las

normas subjetivas, y el instrumento desarrollado por Esparza del Villar, Quiñones, Gutierrez, Gurrola, Balcázar, Ruvalcaba, Samaniego, García y Ochoa (2017), en cuyo estudio también validan una escala para las variables normas subjetivas, autoeficacia y actitud. Con respecto a la actitud, se consideró, además, la Escala de Actitudes hacia la actividad física y el deporte de Dosil (2002), mientras que la variable Autoeficacia fue medida también a través de los instrumentos elaborados por Luszczynska, A. (2005), y Sherer y Maddux (1982). En la Tabla III.1, se presenta una Tabla resumen con el detalle de estos instrumentos y el marco teórico que sustenta cada uno.

Tabla III.1. Instrumentos utilizados para la investigación

Variable	Referencia	Instrumentos aplicados en la investigación
Vulnerabilidad percibida	Hayslip, Weigand, Weinberg, Richardson y Jackson (1996)	APÉNDICE II
	Esparza, Montañez, Gutierrez, Carrillo, Gurrola, Ruvalcaba, García y Ochoa (2017)	
Severidad percibida	Esparza, Montañez, Gutierrez, Carrillo, Gurrola, Ruvalcaba, García y Ochoa (2017)	APÉNDICE III
Beneficios percibidos	Hayslip, Weigand, Weinberg, Richardson y Jackson (1996)	APÉNDICE IV
	Esparza, Montañez, Gutierrez, Carrillo, Gurrola, Ruvalcaba, García y Ochoa (2017)	
Barreras percibidas	Niñerola, Capdevila y Pinatel, (2006)	APÉNDICE V
Normas subjetivas	Esparza, Quiñones, Gutierrez, Gurrola, Balcázar, Ruvalcaba, Samaniego, García y Ochoa (2017)	APÉNDICE VI
Autoeficacia	Esparza, Quiñones, Gutierrez, Gurrola, Balcázar, Ruvalcaba, Samaniego, García y Ochoa (2017)	APÉNDICE VII
	Luszczynska, Scholz, & Schwarzer (2005)	
Actitud	Dosil (2002)	APÉNDICE VIII

Elaboración propia

A partir de los instrumentos de investigación revisados en esta sección, se procedió a elaborar la versión preliminar del instrumento de la investigación.

3.3.2 Segunda etapa: Desarrollo del instrumento

Identificación y desarrollo de preguntas

La definición inicial del instrumento de medición se hizo adaptando los instrumentos de medición encontrados en la literatura según se menciona en el punto anterior, y realizando los ajustes respectivos en cuanto al lenguaje, redacción, presentación, instrucciones e ítems a ser incluidos. Considerando que los ejecutivos no

disponen de mucho tiempo para dedicarse a llenar cuestionarios muy extensos, se adaptaron sólo los temas más relevantes de acuerdo con el contexto actual del ejecutivo peruano. A continuación, se muestran los ítems seleccionados para cada constructo, con el debido sustento teórico:

3.3.2.1 Vulnerabilidad percibida

En la presente investigación, la variable vulnerabilidad percibida trata de medir en qué medida los ejecutivos perciben o se sienten expuestos al riesgo de enfermarse o tener problemas de salud, propios de las características de su estilo de vida. Las personas realizan mayor actividad física si se sienten vulnerables a adquirir alguna enfermedad como males cardiacos, hipertensión arterial, diabetes, que son las más frecuentes relacionadas al sedentarismo, así como entrar en una situación de riesgo como estar en condición de sobre peso, estrés o ansiedad, entre otros, que favorecen la adquisición de diversas enfermedades (OMS, 1998).

Para el diseño del cuestionario, esta variable fue medida a través de cinco (05) ítems, los cuales fueron seleccionados tomando como referencia los estudios realizados por Esparza del Villar et al. (2017) y Hayslip et al. (1996).

En ambos instrumentos, las preguntas estaban orientadas a los problemas de salud que se perciben como los más graves o frecuentes por la población adulta, siendo los problemas de salud que coincidían en ambos estudios la hipertensión arterial, diabetes, infarto, cáncer y aumentar de peso o tener sobrepeso (Ver Apéndice III). De éstos, se seleccionó la hipertensión arterial y aumento de peso. La diabetes y el cáncer son enfermedades crónicas y con consecuencias mucho más severas que las demás, por lo cual es lógico pensar que las personas perciban una mayor vulnerabilidad hacia éstas.

Se escogió también la pregunta relacionada a la ansiedad, del cuestionario de Hayslip et al. (1996), incorporando a la pregunta el término estrés, ya que los ejecutivos con cargo gerencial generalmente son más propensos a sufrir de estrés laboral, por lo complicado del trabajo y las interrelaciones que debe tener con todo tipo de personas (Bárcena, J. 2015, 06 de noviembre) Estrés laboral: los jefes son los más vulnerables a padecerlo. La República. Según varios artículos publicados en el diario Gestión, los problemas o afecciones más relevantes que padecen los ejecutivos son el estrés y la

ansiedad, que pueden derivar en la depresión. (Garay, Sh. 2017, 24 de febrero. Ejecutivos instalados en el diván: los demonios internos que los afectan. *Diario Gestión*).

El cuarto ítem, se ha adaptado para esta variable, a partir de la pregunta considerada en el cuestionario original de Esparza del Villar et al. (2017) sobre los beneficios percibidos del ejercicio físico respecto a vivir más años. En este caso, se pretende reflejar la vulnerabilidad percibida hacia vivir menos años, si es que no se realiza ejercicio físico.

El último ítem se refiere a la susceptibilidad percibida respecto a tener un bajo desempeño laboral a causa de la falta de ejercicio físico. A pesar de no estar considerado en ninguno de los dos instrumentos, se consideró esta pregunta, ya que se encontró como relevante en la literatura y en diferentes publicaciones y artículos periodísticos relacionados con el ámbito ejecutivo (De Miguel C., Schweiger G., De las Mozas M. y Hernández L., 2011).

En la Tabla III.2. se muestran las preguntas planteadas en el cuestionario piloto.

Tabla III.2 Preguntas sobre Vulnerabilidad percibida

Código	Items sobre Vulnerabilidad percibida
VP1	¿Qué tan susceptible cree que está usted de adquirir hipertensión arterial?
VP2	¿Qué tan susceptible cree que es usted de padecer de ansiedad y/o estrés?
VP3	¿Qué tan susceptible cree usted que está de sufrir de sobrepeso?
VP4	¿Qué tanto cree usted que su esperanza de vida sea afectada SI NO REALIZASE EJERCICIO?
VP5-	¿Qué tan susceptible cree que es usted a tener un bajo desempeño laboral?

Fuente: Elaboración propia adaptada de Esparza del Villar et al. (2017)

Para estas preguntas se utilizó una escala de Likert de 1 a 5 puntos, siendo 1= nada, 2= poco, 3= algo, 4= bastante, y 5= mucho.

3.3.2.2 Severidad percibida

La severidad, gravedad, o el efecto que tiene el contraer diversas enfermedades sobre las condiciones de vida, sobre la esperanza de vida, o sobre el poder realizar las actividades diarias en lo personal y laboral, sobre el poder vivir bien, incide negativamente sobre la actividad física. Es decir, si la persona percibe lo grave que

puede ser contraer alguna enfermedad o problema de salud relacionado, entonces optará por realizar ejercicio físico.

Esta variable fue medida a través de seis (06) ítems, los cuales fueron tomados del estudio realizado por Esparza del Villar et al. (2017), los ítems relacionados a la gravedad de sufrir de hipertensión arterial, sobrepeso, ansiedad y estrés, siguiendo la misma lógica utilizada para la variable vulnerabilidad percibida. El cuarto ítem fue adaptado a partir de la pregunta considerada en el cuestionario original de Esparza del Villar et al. (2017), como se puede ver en el Apéndice IV, sobre los beneficios percibidos del ejercicio físico respecto a vivir más años. En este caso, se pretende reflejar qué tan grave percibe una persona el vivir menos años, si es que no se realiza ejercicio físico.

Respecto a los dos últimos ítems, se pretende reflejar la gravedad percibida por el ejecutivo sobre su salud y calidad de vida, respecto al hecho de no hacer ejercicio físico, lo cual se explica en el estudio realizado por Cantón (2001), donde explica la relación entre deporte, salud, bienestar y calidad de vida.

En la Tabla III.3. se muestran las preguntas planteadas en el cuestionario piloto

Tabla III.3 Preguntas sobre Severidad percibida

Código	Ítems sobre Severidad percibida
SP1	¿Qué tan grave es sufrir de hipertensión arterial?
SP2	¿Qué tan grave es sufrir de ansiedad y estrés?
SP3	¿Qué tan grave es sufrir de sobrepeso?
SP4	¿Qué tanto cree que la falta de ejercicio afecta su esperanza de vida?
SP5	¿Qué tanto cree que la falta de ejercicio afecta su salud?
SP6	¿Qué tanto cree que la falta de ejercicio afecta la calidad de vida?

Fuente: Elaboración propia

Para estas preguntas se utilizó una escala de Likert de 1 a 5 puntos, siendo 1= nada, 2= poco, 3= algo, 4= bastante, y 5= mucho.

3.3.2.3 Beneficios percibidos

En la medida que la persona percibe que la realización de ejercicios físicos le brinda mayores beneficios relacionados a su salud, beneficios como prevención de enfermedades, más años de vida saludable, encontrarse en mejores condiciones mentales o físicas, o en lo referido a su apariencia e imagen ante la sociedad o

compañeros de trabajo, ello repercutirá de manera positiva en una mayor actividad física.

Esta variable fue medida a través de nueve (09) ítems, de los cuales seis (06) fueron adaptados del estudio realizado por Esparza del Villar et al. (2017), los relacionados a los beneficios de prevenir la hipertensión arterial y sobrepeso; los asociados a la mejora de la apariencia física, salud y calidad de vida, así como el vivir más años. El ítem relacionado a prevenir la ansiedad/estrés fue adaptado del estudio de Hayslip et al. (1996), al cual se le agregó el término estrés, como ya se mencionó en los puntos precedentes. En el Apéndice V se presentan los cuestionarios originales de ambos autores.

La selección de preguntas se hizo considerando los ítems coincidentes en ambos instrumentos, además de relacionarlo con las preguntas adaptadas para las variables ya explicadas como la vulnerabilidad y severidad percibida, de modo que la relación entre la amenaza percibida y los beneficios percibidos de hacer ejercicio físico tenga una secuencia lógica.

Con respecto a las preguntas que no estaban contempladas dentro de los instrumentos utilizados, se agregaron otros aspectos basados en la literatura encontrada sobre el contexto de los ejecutivos o directivos. El ítem relacionado a mejorar la calidad de sueño se incorporó tomando como base artículos publicados respecto a los ejecutivos, entre los cuales se menciona que un ejecutivo que duerme poco y trabaja mucho, a pesar de ser considerado como dedicado y productivo, al final va tener consecuencias negativas como la pérdida de la capacidad de atención y reacción, malhumor, fatiga, entre otros que puede afectar su liderazgo. (Haito, A. 2016. 11 de mayo. La importancia del sueño. Gestión). En ese sentido, Kredowl, Capozzoli, Hearon, Calkins y Otto (2014) en un meta análisis realizado, demuestran que la práctica regular de ejercicio evidencia la mejora la calidad de sueño, con beneficios inmediatos que crecerán con el pasar del tiempo.

Finalmente, el ítem relacionado a la mejora del desempeño laboral, se incluyó en el cuestionario, teniendo en cuenta estudios realizados sobre los efectos del ejercicio físico sobre la productividad laboral y el desempeño (De Miguel C. et al, 2011). Además, artículos del diario Gestión también señalan que el ejercicio físico nos permite

ser más productivos y capaces de rendir más dentro del ámbito laboral. (Carrillo, L. 2015. 03 de marzo. Haz deporte hoy y asciende mañana. Gestión). A partir de este sustento teórico, se presentan los ítems de beneficios percibidos en la Tabla III.4.

Tabla III.4 Preguntas sobre Beneficios percibidos

Código	Ítems sobre Beneficios percibidos
BEP1	¿Qué tanto ayuda el ejercicio físico a prevenir la hipertensión arterial?
BEP2	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayuda a prevenir o reducir los síntomas de ansiedad y estrés?
BEP3	¿En qué medida considera usted que el ejercicio le ayude a mejorar su apariencia física?
BEP4	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a mejorar la calidad de su sueño?
BEP5	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a mejorar su rendimiento laboral?
BEP6	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a no aumentar de peso?
BEP7	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a tener una mejor salud?
BEP8	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a tener una mejor calidad de vida?
BEP9	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a vivir más años?

Fuente: Elaboración propia

Para estas preguntas se utilizó una escala de Likert de 1 a 5 puntos, siendo 1= nada, 2= poco, 3= algo, 4= bastante, y 5= mucho.

3.3.2.4 Barreras percibidas

Esta variable fue medida a través de cinco (05) ítems, los cuales fueron adaptados del estudio realizado por Niñerola, Capdevila y Pinatel, (2006) definen cuatro factores como las principales barreras para el ejercicio físico: falta de tiempo, falta de voluntad/pereza, conveniencia de instalaciones, y las limitaciones de salud por enfermedades preexistentes o condiciones físicas que impidan realizar actividad física. Además de estas preguntas, se incorporó un ítem relacionado con la limitación de recursos económicos para poder realizar una actividad física de manera regular. En el apéndice VI se presenta el cuestionario original del autor mencionado.

Por lo tanto, para la medición de esta variable, se consideraron las barreras más relevantes según los estudios revisados, adaptando a partir de ello las preguntas a ser formuladas en el instrumento, como se muestra en la Tabla III.5.

Tabla III.5. Preguntas sobre Barreras percibidas

Código	Ítems sobre Barreras percibidas
BAP1	¿En qué medida la falta de tiempo te limita a hacer ejercicio?
BAP2	¿En qué medida la falta de voluntad te limita a hacer ejercicio?
BAP3	¿En qué medida la falta de recursos económicos te limita a hacer ejercicio?
BAP4	¿En qué medida la falta de accesibilidad (distancia, espacio físico, conveniencia) te limita a hacer ejercicio?
BAP5	¿ En qué medida la pre-existencia de alguna enfermedad te limita a realizar ejercicio?

Fuente: Elaboración propia

Para estas preguntas se utilizó una escala de Likert de 1 a 5 puntos, siendo 1= nada, 2= poco, 3= algo, 4= bastante, y 5= mucho.

3.3.2.5 Las normas subjetivas

En la presente investigación esta variable está relacionada en cómo las influencias de las personas importantes para el ejecutivo influyen en el comportamiento relacionado a hacer ejercicio físico.

Para la medición de esta variable, se plantearon cuatro (04) ítems, adaptados de Esparza del Villar et al. (2017), en el cual se considera la influencia de otros significativos más relevantes, que son los miembros de la familia, esposa/pareja, amigos y compañeros de trabajo/colegas y al doctor. Para el presente estudio, no se consideró el último ítem del instrumento utilizado, que se refiere a la influencia del doctor, ya que es conocido que, para la mayoría de peruanos, a pesar de ser importante las recomendaciones, el doctor no tiene mucha influencia sobre el comportamiento. En el Apéndice VII se presenta el cuestionario original. A partir de ello, se adaptaron las preguntas en el instrumento, tal como se aprecia en la Tabla III.6.

Tabla III.6 Preguntas sobre Normas subjetivas

Código	Ítems sobre Normas subjetivas
NS1	Mi familia (padres, hermanos/as) piensa que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.
NS2	Mis amigos/as piensan que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.
NS3	Mi pareja piensa que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.
NS4	Mis compañeros/as de trabajo piensan que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.

Fuente: Elaboración propia basado en Esparza del Villar et al. (2017).

Para estas preguntas se utilizó una escala de Likert de 1 a 5 puntos, siendo 1= totalmente en desacuerdo, 2= bastante desacuerdo, 3= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= bastante acuerdo, y 5=totalmente de acuerdo.

3.3.2.6 Autoeficacia

La autoeficacia, que parte de la teoría de Bandura (1977), en la presente investigación se considera como una de las más relevantes en la literatura que determinan el comportamiento hacia la actividad física, ya que se refiere a las capacidades personales que cree tener la persona, en este caso el ejecutivo, para comprometerse con realizar actividad física de forma regular, que le permitirá conseguir como resultados beneficios para su salud. (Olivari M. y Urra M., 2007)

Para la construcción de las preguntas relacionadas a esta variable, se tomó como referencia la Escala de Autoeficacia General: Estudios de Validación multicultural (GSE, por sus siglas en inglés) (Luszczynska, Scholz, y Schwarzer, 2005), ya que este estudio demostró tener una alta confiabilidad, estabilidad y validez de constructo, para los diferentes grupos analizados en las diferentes situaciones de estrés bajo las cuales estuvieron sometidos los participantes.

Esta variable fue medida con cuatro (04) ítems, que consideran los ítems relacionados al control sobre la seguridad, la capacidad y la perseverancia de la persona respecto a hacer ejercicios. Respecto al último ítem, se agregó el control sobre el tiempo para poder realizar ejercicio, ya que se considera uno de los aspectos más relevantes que influyen en las decisiones personales para iniciar un comportamiento relacionado a la actividad física. En el Apéndice VIII se presentan los cuestionarios originales tomados como base para poder adaptarlos al presente estudio. En la Tabla III.7 se muestran los ítems totales de la variable autoeficacia.

Tabla III.7 Preguntas sobre Autoeficacia

Código	Ítems sobre Auto-eficacia
AE1	Puedo encontrar la manera de hacer ejercicio al menos 3 veces por semana
AE2	Soy capaz de hacer ejercicio al menos 3 veces por semana si así me lo propongo
AE3	Soy perseverante con mis decisiones, es por eso que puedo hacer ejercicio al menos 3 veces por semana si así lo decido
AE4	Puedo manejar mi tiempo para poder hacer ejercicio por lo menos 3 veces por semana

Fuente: Elaboración propia basado en Esparza del Villar et al. (2017).

Para estas preguntas se utilizó una escala de Likert de 1 a 5 puntos, siendo 1= totalmente en desacuerdo, 2= bastante desacuerdo, 3= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= bastante acuerdo, y 5=totalmente de acuerdo.

3.3.2.7 *Actitud*

La variable actitud hacia el ejercicio, fue medida a través de tres (03) ítems, seleccionados y adaptados del instrumento presentado por Dosil (2002). Se adaptaron las preguntas más relevantes de acuerdo al contexto, que se relacionan directamente con el gusto o placer por hacer ejercicio, la necesidad de hacer ejercicio y el lugar que ocupa el ejercicio en la vida de la persona (Apéndice IX).

Para la prueba piloto, esta variable no fue considerada en un inicio, sin embargo, dado que los resultados preliminares de esta prueba tenían poca fuerza, se optó por incorporar la actitud hacia el ejercicio físico ya que en diversos estudios se menciona que esta es una de las mejores predictoras del ejercicio físico. Los ítems se presentan en la Tabla III.8.

Tabla III.8 Preguntas sobre Actitud

Código	Ítems sobre Actitud
AC1	Me gusta hacer ejercicio físico
AC2	Realizar ejercicio físico es muy necesario
AC3	El ejercicio físico ocupa un lugar importante en mi vida

Fuente: Elaboración propia basado en Dosil (2002)

La escala utilizada para medir las variables normas subjetivas, autoeficacia y actitud fue de Likert de 1 a 5 puntos, siendo 1 Totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo.

Validación del instrumento

La validación del instrumento utilizado se realizó a través de la revisión de los instrumentos utilizados en estudios previos e investigaciones sobre la actividad física aplicando los modelos HBM y la teoría de la Conducta Planeada, a partir de los cuales se adaptaron las variables en estudio, como la vulnerabilidad percibida, severidad percibida, beneficios y barreras percibidas para realizar ejercicio, dimensiones del HBM, y otras variables como las normas subjetivas, al actitud y la autoeficacia, que finalmente tienen una incidencia sobre el comportamiento hacia el ejercicio físico.

Hernández, Fernández y Baptista (2014), señalan que la validez de un instrumento de medición se refiere al grado en que éste mide realmente la variable que se pretende medir, es decir responde a la pregunta si está midiendo lo que realmente cree que está

midiendo. Para ello, se debe contar con evidencia relacionada con el contenido, con el criterio y con el constructo.

La validez de contenido del instrumento utilizado en la presente investigación se basa en la literatura presentada por diversos autores mencionados anteriormente, que han establecido escalas de medición validadas para las variables estudiadas, seleccionado los ítems de manera conceptual.

La validez de criterio fue aplicada comparando los diferentes instrumentos aplicados para la misma variable, que obtenían resultados similares.

La validez de constructo se refiere a qué tan bien un instrumento representa y mide un concepto teórico y suele determinarse mediante procedimientos de análisis estadístico multivariado como el análisis factorial, análisis discriminante, regresiones múltiples, etc. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

En la presente investigación, al ser una primera versión del instrumento, requiere una mayor validación como por ejemplo someterlo a juicio de expertos en el contexto del ejecutivo en Lima, lo cual se considera una limitación del presente estudio.

Prueba de lectura

El cuestionario inicial comprendía 36 preguntas, relacionadas con cada constructo analizado, de acuerdo con la validación realizada previamente. Este fue sometido a una prueba de lectura, con la finalidad de verificar que todas y cada una de las preguntas sea comprendida por los encuestados, dentro del contexto del ejercicio físico. Para tal efecto, el cuestionario fue aplicado a 10 profesionales de la universidad ESAN, que se encontraban cursando una de las maestrías en la Universidad ESAN en el mes de julio 2017.

Se utilizó la escala psicométrica de Likert (Likert, 1932), para la medición de cada ítem del cuestionario. Para las variables vulnerabilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas, se consideró una escala de uno a cinco (1 - 5), donde: 1=Nada, 2=Poco, 3=Algo, 4=Bastante, 5=Mucho. Para las normas subjetivas, autoeficacia, actitud y comportamiento, se consideró una escala también de uno a cinco (1 – 5), siendo 1= total

desacuerdo, 2= bastante desacuerdo, 3= ni de acuerdo ni desacuerdo, 4= Bastante acuerdo, 5= Total acuerdo.

Como resultado de la prueba de lectura, se realizaron modificaciones principalmente de forma, respecto a algunos términos utilizados en las preguntas, las cuales se aprecian en el Apéndice X.

3.3.3 Tercera Etapa: Refinamiento del instrumento

3.3.3.1 Prueba Piloto

A partir de los resultados de la prueba de lectura, se aplicó la prueba piloto a una muestra de 30 profesionales ejecutivos estudiantes de una maestría (ver Apéndice XI), de forma presencial en la misma Universidad ESAN.

De la muestra encuestada, el 53% fueron mujeres y el 47% hombres, siendo el rango de edad con mayor número de encuestados, las personas entre 31 y 36 años (40%), el grupo de edades de 25 a 30 años (27%), entre 37 a 42 años (13%), y los mayores a 43 años (20%). Finalmente, el 53% de los encuestados ocupaban cargos gerenciales o jefaturas, mientras que el 47% ocupaban otros cargos como analistas, asistentes, entre otros.

Se utilizó una la escala de medida de Likert de 5 puntos, que se adoptó a partir de investigaciones previas. Las primeras veinticuatro (24) preguntas se encontraban en el rango desde 1= Nada, 2= Poco, 3= Algo, 4= Bastante, 5= Mucho. Mientras que para las últimas doce (12) preguntas, se consideró un rango de 1=Total desacuerdo, 2= Bastante desacuerdo, 3=Ni de acuerdo ni desacuerdo, 4= Bastante acuerdo, 5= Total acuerdo. Adicionalmente, los encuestados proporcionaron información demográfica sobre su edad, género, estado civil, y cargo que ocupa actualmente en su lugar de trabajo, los cuales fueron reportados en el párrafo precedente.

3.3.3.2 Validez de los constructos

Antes de someter los resultados de la prueba piloto a una prueba de confiabilidad mediante el alfa de Cronbach para evaluar cada constructo identificado en el modelo, es necesario identificar la naturaleza de cada constructo, ya que dependiendo de que se

trate de constructos con indicadores reflectivos o formativos, los resultados obtenidos de la prueba de confiabilidad podrán considerarse como válidos.

Los constructos pueden ser medidos a partir de dos tipos de indicadores: reflectivos y formativos (Bollen y Lennox, 1991). En los modelos de medida con indicadores reflectivos, se relaciona la causalidad desde el constructo hacia los indicadores, los mismos que deben estar altamente correlacionados, y ser intercambiables, de modo que al eliminar alguno de ellos, no se debería alterar el significado de la variable objeto de estudio. Finalmente, en este modelo el error está asociado a las medidas individuales (MacKenzie et al., 2005).

Por otro lado, en un modelo de medida con indicadores formativos, la dirección de causalidad va desde los indicadores hacia el constructo. En este caso, no se requiere que los indicadores se encuentren correlacionados, ya que cada indicador considera un aspecto diferente del dominio conceptual de la variable, por lo que no son intercambiables. Por último, en este modelo el error no se encuentra asociado a las medidas individuales sino al constructo (Buil, Martínez y Chernatony, 2010; MacKenzie et al., 2005).

En base a lo señalado anteriormente, se concluye que los métodos de consistencia interna (prueba de confiabilidad con alfa de cronbach), no son la medida más apropiada para la naturaleza de los constructos formativos. Por lo tanto, para evaluar la validez de estos indicadores, se deberá prestar especial atención a la validez nomológica o relacionada con el criterio. (MacKenzie et al., 2005). Teniendo en cuenta esta información teórica, en la Tabla III.9. se presentan los constructos identificados por el tipo de indicador a partir del cual se realiza la medición.

Tabla III.9 Tipo de indicador de cada constructo

Constructo	Indicador
Vulnerabilidad percibida	Formativo
Severidad percibida	Formativo
Beneficios percibidos	Formativo
Barreras percibidas	Formativo
Normas sociales	Reflectivo
Autoeficacia	Reflectivo
Actitud	Reflectivo
Elaboración propia	

Constructos con indicadores formativos:

Se identificó que la vulnerabilidad percibida y la severidad percibida son constructos que se miden a partir de indicadores formativos, ya que comprende diferentes aspectos que no necesariamente están correlacionados unos con otros, puesto que abarcan distintas dimensiones. En el caso de la vulnerabilidad percibida, los indicadores hacen referencia al grado en que un ejecutivo percibe que puede verse expuesto a las diversas situaciones o problemas, como sufrir de hipertensión arterial, ansiedad y/o estrés, sobrepeso, disminución de su esperanza de vida, e incluso su bajo rendimiento o desempeño a nivel laboral o profesional, por la falta de ejercicio físico. Todos estos indicadores son independientes, y no se correlacionan ya que es posible que una persona pueda percibir una mayor susceptibilidad a sufrir de ansiedad y/o estrés, pero esto no necesariamente significa que sea vulnerable ante la disminución de su esperanza de vida o rendimiento laboral.

De forma similar ocurre con la severidad percibida, ya que los indicadores hacen referencia a las distintas dimensiones sobre las que un ejecutivo pueda percibir la severidad o gravedad de las consecuencias con respecto a éstas. Por ejemplo, un ejecutivo puede percibir que sufrir de sobrepeso es mucho más grave que sufrir de ansiedad y/o estrés, mientras que la gravedad percibida de que la falta de ejercicio físico afecta su calidad de vida, puede ser mínima o nula. Por lo tanto, los indicadores son independientes y no se correlacionan entre sí.

En el caso de las barreras percibidas, los indicadores también son independientes ya que, para un ejecutivo, es posible que las principales barreras percibidas para poder hacer ejercicio físico sea la falta de tiempo y voluntad, mientras que la falta de recursos económicos y la falta de accesibilidad no sean limitantes para que pueda hacer ejercicio, por lo que no necesariamente se encuentran correlacionadas entre sí.

La variable beneficios percibidos, de forma similar a las anteriores, también contempla diferentes aspectos que no necesariamente están correlacionados. Por ejemplo, para un ejecutivo le ayuda a disminuir el estrés o le ayuda a mejorar su bienestar y salud, pero no necesariamente cree que esto le puede ayudar a mejorar su rendimiento laboral o a aumentar su esperanza de vida. Por lo tanto, también sería un constructo con indicadores formativos.

Partiendo de la distinción realizada entre los tipos de constructos, a continuación, se explican los resultados de la prueba de confiabilidad aplicada a la prueba piloto.

3.3.3.3 Confiabilidad del instrumento piloto

Con los datos obtenidos de la muestra piloto, se calculó el *alfa de cronbach* para medir la fiabilidad de la escala de medida solamente de los constructos reflectivos, cuyos resultados se muestran a continuación para cada variable analizada:

a) Normas subjetivas

En el cuestionario piloto, se plantearon cuatro preguntas para medir la variable Normas subjetivas respecto a la realización de ejercicio físico, cuyos resultados de la prueba de confiabilidad arrojaron un valor de Alfa de Cronbach de 0.79 (Tabla III.10), lo cual se considera una medición aceptable según Nunnally (1978).

Tabla III.10 Alfa de Cronbach de la variable Normas Subjetivas

Pregunta	Concepto	Alfa de cronbach si se eliminara el ítem
Normas Subjetivas		0.79
NS1	Mi familia (padres, hermanos/as) piensa que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	0.66
NS2	Mis amigos/as piensan que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	0.73
NS3	Mi pareja piensa que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	0.87
NS4	Mis compañeros/as de trabajo piensan que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	0.67

Elaboración propia

Durante el trabajo de campo realizado en la prueba piloto, se recibieron sugerencias de los encuestados quienes indicaban que los encuestados que no tenían pareja no tenían opción para responder esa pregunta. Esto se comparó con los resultados, y efectivamente se comprobó que, si se eliminaba este ítem, el alfa de Cronbach aumentaba a 0.87. Por tal razón, se procedió a eliminar el ítem NS3, respecto a lo que piensan la pareja sobre hacer ejercicio, reduciéndose el cuestionario en la siguiente etapa a solo 3 preguntas.

b) Autoeficacia

Para medir esta variable, se sometieron a prueba de confiabilidad las cinco preguntas del cuestionario piloto, obteniendo un valor de alfa de Cronbach de 0.89 (Tabla III.11), por lo que no fue necesario la eliminación de ningún ítem, ya que se trataba de una medición aceptable (Nunnally,1978).

Tabla III.11 Alfa de Cronbach de la variable Autoeficacia

Pregunta	Concepto	Alfa de cronbach si se eliminara el ítem
Autoeficacia		0.89
AE1	Mi familia (padres, hermanos/as) piensa que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	0.83
AE2	Mis amigos/as piensan que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	0.9
AE3	Mi pareja piensa que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	0.86
AE4	Mis compañeros/as de trabajo piensan que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	0.85

Elaboración propia

c) Comportamiento

Para medir esta variable, se sometieron a prueba de confiabilidad las cinco preguntas del cuestionario piloto, obteniendo un valor de alfa de Cronbach de 0.31 (Tabla III.12).

Tabla III.12 Alfa de Cronbach de la variable Comportamiento

Tabla 3.12.: Alfa de Cronbach de la variable Comportamiento		
Pregunta	Concepto	Alfa de cronbach si se eliminara el ítem
Comportamiento hacia el ejercicio		0.31
CO1	Hago ejercicio fisico regularmente, fundamentalmente porque deseo mejorar mi apariencia	0.25
CO2	Hago ejercicio fisico regularmente, fundamentalmente porque deseo conservar mi salud	-0.46
CO3	He dejado de hacer otras actividades para poder hacer ejercicio fisico regularmente	-0.25
CO4	He dejado de hacer ejercicio fisico por priorizar otras actividades	0.75
Elaboración propia		

Elaboración propia

3.3.3.4 Análisis factorial del instrumento piloto

Con la finalidad de reforzar la validez de constructo, se procedió a realizar el análisis factorial para el instrumento piloto, utilizando el software estadístico R, el cual nos indica, además de los resultados del alfa de cronbach, el análisis de unidimensionalidad para cada uno de los constructos analizados.

En la presente investigación, se hizo el análisis factorial para los constructos reflectivos, según se indicó anteriormente que son las normas subjetivas, la autoeficacia y la actitud, mostrándose los resultados en la tabla III.13.

Tabla III.13 Resultados Análisis factorial

Constructo	Alfa de cronbach	Unidimensionalidad	
		V1	V2
Normas subjetivas	0.79	2.54	0.85
Autoeficacia	0.89	3.03	0.48
Actitud	0.69	1.88	0.79

Elaboración propia

Donde v1 y v2 son los autovalores obtenidos de un análisis factorial usando el método de componentes principales.

Dados los resultados, se observa que estos tres constructos son unidimensionales, puesto que uno de los valores siempre es mayor a 1 y el otro es menor a 1. Esto significa que analizan un mismo aspecto y hay una dimensión dominante, lo que corrobora lo que ya se había explicado en la definición de los constructos con indicadores reflectivos.

3.4 Trabajo de campo

El cuestionario final comprendía un total de 39 preguntas (Apéndice XII), el mismo que fue aplicado a una muestra de ejecutivos hombres y mujeres estudiantes o egresados de un MBA de la Universidad ESAN, de acuerdo a los criterios de inclusión considerados anteriormente, en el mes de Julio del 2017. Las respuestas proporcionadas por los ejecutivos sirvieron para el análisis y verificación de los objetivos que se plantearon al inicio de esta investigación.

La encuesta se aplicó de forma virtual, fue enviada por correo electrónico a los estudiantes y egresados de MBA, registrados en la base de datos de la oficina de Dirección MBA de la Universidad ESAN.

De acuerdo a la información proporcionada por esta oficina, el número total de personas a las que se envió la encuesta online fue de 567, entre las cuales se encontraban las promociones de MBA a Tiempo Parcial, Tiempo Completo, Weekends.

El total de personas que respondieron las encuestas fue de 270 personas, sin embargo, algunas de ellas no cumplían los criterios de inclusión ya referidos en la muestra, por lo que se procedió a excluirlos del análisis, quedando finalmente un total de 180 encuestas válidas de las cuales se obtuvieron los resultados.

Tabla III.14 Tasa de respuesta

Concepto	Cantidad	%
Total de personas a las que se envió la encuesta	567	100%
Total de respuestas obtenidas	270	48%
Total de encuestas válidas	180	67%

Elaboración propia

Ventajas y limitaciones de la encuesta virtual:

Para Diaz de Rada (2012), las ventajas más importantes de la encuesta por Internet son su gran rapidez, que permite una reducción importante del trabajo de campo; la mejora en la respuesta, ya que facilitan su lectura y respuesta, y el menor costo de la investigación, debido a la eliminación de los encuestadores (comparado con encuestas presenciales y telefónicas). Por otro lado, los principales inconvenientes o limitaciones de este tipo de encuesta son los errores de cobertura, la escasa aleatoriedad de las muestras y la menor tasa de respuesta.

En la presente investigación, se realizó la encuesta por correo electrónico, principalmente por la facilidad de acceso a la base de datos de los estudiantes y egresados de ESAN, lo que implicó menos inversión en recursos humanos y tiempo dedicado para la recolección de datos en campo, dadas las restricciones del mismo.

3.5 Hipótesis de la investigación en términos estadísticos

A fin de comprobar las hipótesis de investigación, se realizaron análisis paramétricos, tales como el coeficiente de correlación de Pearson y Regresión lineal.

El coeficiente de correlación de Pearson, según indican los autores Hernández, Fernández y Baptista (2014), es una prueba estadística que permite analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón. Los autores señalan que esta prueba se calcula con las puntuaciones obtenidas en una muestra en dos variables, y se relacionan las puntuaciones recolectadas de una variable con las puntuaciones obtenidas de la otra, con los mismos participantes o casos.

Las hipótesis en términos estadísticos se plantean a continuación:

- (i) H1: La correlación lineal entre la vulnerabilidad percibida por el ejecutivo, y su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física, es positiva.
- (ii) H2: La correlación lineal entre la severidad percibida por el ejecutivo, y su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física, es positiva.
- (iii) H3: La correlación lineal entre los beneficios percibidos por el ejecutivo, y su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física, es positiva.
- (iv) H4: La correlación lineal entre las barreras percibidas por el ejecutivo, y su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física, es negativa.
- (v) H5: La correlación lineal entre la autoeficacia percibida por el ejecutivo, y su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física, es positiva.
- (vi) H6: La correlación lineal entre las normas subjetivas percibidas por el ejecutivo, y su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física, es positiva.
- (vii) H7: La correlación lineal entre la actitud del ejecutivo, y su comportamiento hacia la práctica de actividad física, es positiva.

3.6 Herramientas de análisis

La presente investigación llegará a los resultados en base a la observación del comportamiento de los fenómenos (Indicadores) en los datos muestrales. Es por ello que se requerirá de una serie de herramientas estadísticas tanto para validar el instrumento como para realizar el análisis de los resultados y la validación del modelo propuesto.

3.6.1 *La confiabilidad*

Según Hernández et al. (2010), la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales, con la finalidad de determinar la consistencia de las variables en estudio.

Existen diferentes métodos para determinar la confiabilidad, para la presente investigación, se ha utilizado el método de consistencia interna, con la determinación del coeficiente alfa de Cronbach que es un índice usado para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados (Oviedo y Campo-Arias,2005).

Para Nunnally (1967), en las primeras fases de investigación, un valor de fiabilidad de 0.6 y 0.5 puede ser suficiente, para una investigación básica se requiere al menos 0.8 y en investigación aplicada entre 0.9 y 0.95.

3.6.2 *Correlación lineal de Pearson*

Se utilizó para determinar el grado de relación lineal existente entre las preguntas del cuestionario con cada una de las variables analizadas. El coeficiente de correlación r de Pearson puede variar de -1 a +1, donde -1 significa correlación negativa perfecta, y 1 indica una relación lineal perfecta positiva (Hernández et al., 2014).

3.7 Resumen del Capítulo

El tercer capítulo describe la metodología empleada en el desarrollo del presente estudio, el mismo que consistió en realizar una investigación de tipo cuantitativo, de corte transversal y correlacional. Asimismo, se desarrollaron técnicas e instrumentos de

medición a partir de los cuestionarios empleados en investigaciones previas para cada una de las variables analizadas

En el desarrollo del instrumento, se pudo perfilar y adecuar las preguntas que fueron plasmadas en un Cuestionario preliminar que fue aplicado a 10 profesionales de la Universidad ESAN, con la finalidad de validar la comprensión de la lectura de cada uno de los ítems. Posteriormente con los resultados, este instrumento preliminar fue estructurado como un Cuestionario Piloto que fue aplicado a 30 profesionales ejecutivos de ESAN, cuyos resultados fueron sometidos a una prueba de confiabilidad. Previo a la evaluación de la confiabilidad empleando los fundamentos estadísticos mediante el *alfa de cronbach*, se definió la naturaleza de los constructos, dada la correlación existente entre ellos, a partir de lo cual se identificó a las cuatro variables provenientes del HBM como constructos con indicadores formativos, ya que no están correlacionados entre sí. En este caso, solo se realizó la confiabilidad para los constructos con indicadores reflectivos, lo que nos ayudó a determinar si los ítems empleados para medir las variables normas subjetivas, autoeficacia y actitud, eran coherentes y explicaban lo que se pretendía medir, al estar correlacionadas entre sí. Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento piloto finalmente sirvieron de base para la estructuración del Cuestionario final compuesto por 39 preguntas que fue aplicado a una muestra de 180 ejecutivos estudiantes y egresados de un MBA de ESAN, y cuyos resultados se exponen en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En el presente capítulo se detalla el análisis de resultados del instrumento desarrollado y aplicado según metodología detallada en el capítulo III. Para el análisis estadístico se ha utilizado el Software Estadístico R, en el cual a través de los Alfa de Cronbach de cada variable se permitirá validar o no la fiabilidad de cada constructo y sus preguntas, además se hará uso también de medidas de correlación entre las variables, las mismas que permitirán evaluar las hipótesis planteadas en los capítulos anteriores.

4.1 Descripción de la muestra

La muestra seleccionada estuvo conformada por una población de 180 profesionales ejecutivos con cargos gerenciales, directivos o jefaturas, que se encontraban cursando o que hayan cursado un MBA en la ciudad de Lima, se tuvo especial cuidado en filtrar que se cumplan los criterios de inclusión definidos en el capítulo III,

El rango de edad de los ejecutivos encuestados oscila entre los 25 y 60 años. El 59% de los encuestados corresponde a ejecutivos de género masculino y el 41% restante corresponde a ejecutivos de género femenino, así mismo se pudo validar que la mayoría de ejecutivos encuestados se encuentra en el rango de edad de 25 a 44 años representado por 82.22% del total de la población encuestada (ver Tabla IV.1 y IV2).

Tabla IV.1 Rango de edad de encuestados

Rango de Edad	Cantidad de Encuestados	% del total
25-34	80	44.44%
35-44	68	37.78%
45-54	26	14.44%
55 a mas	6	3.33%

Fuente: Elaboración propia

Tabla IV.2 Distribución de Encuestados por características descriptivas.

	Encuestados	%	Hombres	%	Mujeres	%
Casado (a)	70	100%	44	62.86%	26	37.14%
Conviviente	17	100%	12	70.59%	5	29.41%
Divorciado (a)	8	100%	4	50.00%	4	50.00%
Soltero (a)	85	100%	46	54.12%	39	45.88%
Genero	180	100%	106	58.89%	74	41.11%

Fuente: Elaboración propia

4.2 Confiabilidad y validez del Instrumento

Antes de analizar los resultados, y como paso previo a cualquier análisis es importante saber que existen dos tipos de modelo de medida, el primero de estos se basa en indicadores de tipo reflectivo que son reflejos del constructo que se pretende evaluar (medidas de consistencia interna), mientras que el otro se basa en indicadores de tipo formativo, el mismo que es causal o que llega a ser el o los determinantes o causas del constructo (Bollen y Lennox, 1991). Los mismos que de haber sido especificados de una manera inadecuada pueden generar consecuencias no deseadas al momento de analizar los resultados (Jarvis, Mackenzie y Podsakoff, 2003).

Por lo tanto, ahora deberemos de clasificar o especificar nuestros constructos en base a si se reflejan a través de indicadores reflectivos o formativos, quedando clasificados tal y como se mostró en la Tabla III.9, el presente estudio analizara estadísticamente únicamente los constructos reflejados a través de indicadores reflectivos donde la causalidad va del constructo hacia sus indicadores por lo cual la variable latente si explica la variación de las variables manifiestas.

En la Tabla IV.3 se pueden observar los resultados de Alfa de Cronbach para cada una de las variables a ser estudiadas, todas de carácter reflectivo.

Tabla IV.3 Alfa de Cronbach de las variables de estudio

Variable de estudio	Alfa de Cronbach
Normas sociales	0.85
Autoeficacia	0.86
Actitud	0.69
Comportamiento	0.86

Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse en la Tabla IV.3 y de acuerdo a lo recomendado por George y Mallery (2003) que indican que un alfa inferior a 0.5 es inaceptable, esto desvirtuaría la confiabilidad del instrumento para el constructo barreras percibidas (0.46) y vulnerabilidad percibida (0.54), pero como se mencionó antes, es necesario analizar si el constructo es de tipo formativo o reflectivo, para ambos casos estos constructos tenían indicadores de tipo formativo, por lo cual no se consideraran en el

análisis de resultados, ya que no es posible validarlas por los métodos empleados en el presente estudio.

En referencia a las variables beneficios y barreras percibidas, se realizó un análisis a partir de la naturaleza de sus indicadores y su dimensionalidad. Al ser las preguntas de estos constructos de diferentes dimensiones, indican que la causalidad va de los indicadores hacia el constructo, por lo cual son también de carácter formativo y tampoco se consideraran en el análisis de resultados.

Continuando con la escala de *George y Mallery* si el Alfa se encuentra entre 0.6 y 0.7 es cuestionable, si es superior a 0.7 pero inferior a 0.8 es aceptable, superior a 0.8 es bueno y superior a 0.9 es excelente, considerando esto se procede a describir la confiabilidad que aplica para cada uno de los constructos analizados.

A continuación se analizaran los resultados de confiabilidad para los constructos con indicadores del tipo reflectivo, primeramente para el constructo normas subjetivas, el instrumento estuvo conformado por tres ítems, y el Alfa de Cronbach fue de 0.85, es decir se considera bueno en términos de confiabilidad por lo cual se infiere que las preguntas utilizadas para la medición de esta variable son consistentes y coherentes con el objetivo de instrumento, de forma análoga se analiza la confiabilidad del constructo autoeficacia (creencia en las propias capacidades) que obtuvo un alfa de 0.86 a partir de cuatro ítems o preguntas pertenecientes al instrumento, por lo tanto es posible corroborar que el constructo tiene causalidad sobre los indicadores y que estos son consistentes entre sí, en referencia al constructo actitud que a partir de tres ítems en el instrumento obtuvo un *alfa de cronbach* de 0.69, lo cual implicaría que los resultados se consideraran cuestionables, pero de acuerdo a lo indicado por *Nunnally* en 1967, en las primeras fases de una investigación un alfa entre 0.5 y 0.6 es aceptable, al estar el alfa del constructo actitud muy cercano a 0.7 y tratarse de una primera fase de investigación (no existían estudios previos), se considera este constructo como aceptable. Para realizar el análisis del constructo comportamiento el Alfa de Cronbach fue de 0.86, por lo cual se infiere que las 05 preguntas utilizadas son coherentes y consistentes con el objetivo del instrumento, el alfa indica también que el constructo tiene una confiabilidad interna buena según las recomendaciones de *George y Mallery* (2003).

4.3 Descripción de los Constructos.

Para poder expresar los resultados de la muestra aplicada (180 ejecutivos) en términos estadísticos se presenta la Tabla IV.4.

Tabla IV.4 Datos Estadísticos de los Constructos

Descripción	Min	Max	SD	Media
Vulnerabilidad percibida	0.44	0.65	0.68	3.30
Severidad percibida	0.69	0.80	0.55	4.00
Beneficios percibidos	0.74	0.84	0.50	4.10
Barreras percibidas	0.34	0.59	0.61	2.90
Normas subjetivas	0.81	0.89	1.20	3.20
Autoeficacia	0.82	0.89	1.10	3.30
Actitud	0.62	0.76	0.91	3.70
Comportamiento	0.83	0.89	1.10	2.80

Fuente: Elaboración propia

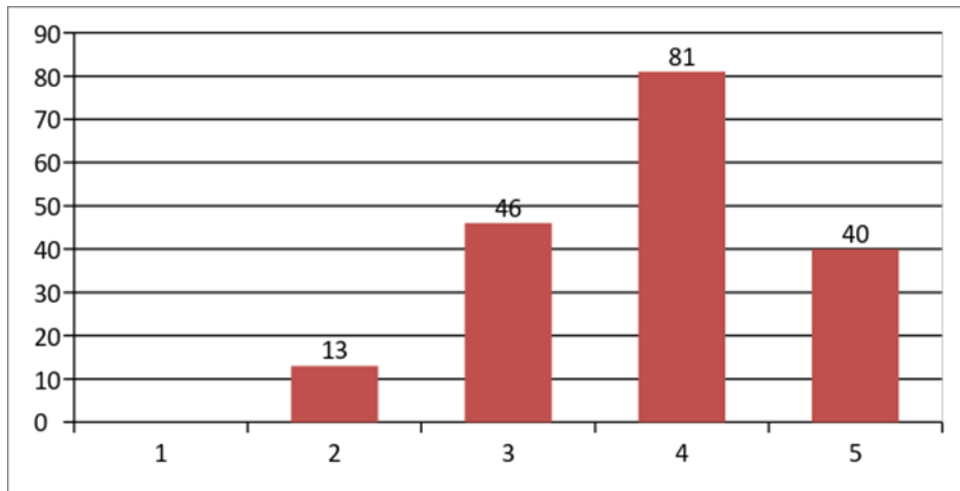
4.3.1 *Vulnerabilidad percibida*

De las preguntas utilizadas para medir la variable vulnerabilidad percibida (VP1 a VP4 del Apéndice XI) donde se utilizó la siguiente escala para definir la opinión de los encuestados:

Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

Por lo cual se encontró que la Vulnerabilidad percibida por los ejecutivos encuestados frente a disminuir su esperanza de vida si no realizan ejercicios físicos tuvo un promedio de 3.82, lo cual aproxima al promedio a que la población estudiada siente bastante vulnerabilidad frente a la posibilidad de disminuir su esperanza de vida si no realizan ejercicio físico. En la Figura IV.1 pueden observarse los resultados.

Figura IV.1; ¿Qué tanto cree usted que su esperanza de vida sea afectada si no realizase ejercicio?



Fuente: Elaboración propia.

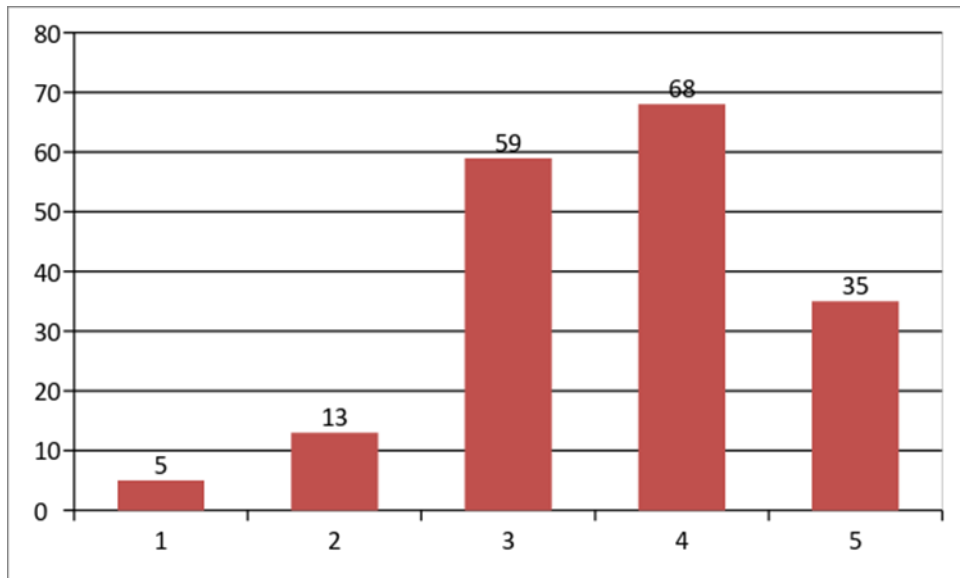
4.3.2 Severidad percibida

De las preguntas utilizadas para medir la variable Severidad percibida (SP1 a SP6 del Apéndice XI) donde se utilizó la siguiente escala para definir la opinión de los encuestados:

Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

Por lo cual se encontró que la Severidad percibida por los 180 ejecutivos encuestados frente a qué tanto se cree que la falta de ejercicio afecta la esperanza de vida, tuvo un promedio de 3.64, lo cual indica que en promedio la población estudiada siente que el no realizar ejercicio físico afecta bastante la su esperanza de vida. En la Figura IV.2 pueden observarse los resultados.

Figura IV.2; ¿Qué tanto cree usted que su esperanza de vida sea afectada si no realizase ejercicio?



Fuente: Elaboración propia

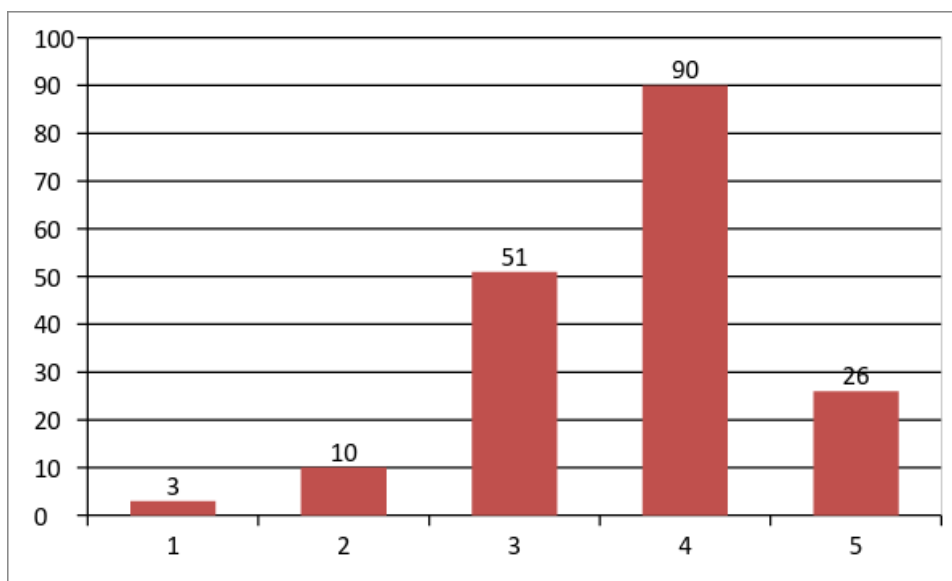
4.3.3 Beneficios percibidos

De las preguntas utilizadas para medir la variable beneficios percibidos (BP1 a BP9 del Apéndice XI) donde se utilizó la siguiente escala para definir la opinión de los encuestados:

Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

En los resultados se encontró que los beneficios percibidos por los 180 ejecutivos encuestados frente a qué tanto se cree que el ejercicio ayude a mejorar el rendimiento laboral tuvo un promedio de 3.7, lo cual indica que en promedio la población estudiada percibe que al realizar ejercicio físico se incrementa bastante la mejoría en términos de rendimiento laboral. En la Figura IV.3 pueden observarse los resultados.

Figura IV.3 ¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a mejorar su rendimiento laboral?



Fuente: Elaboración propia

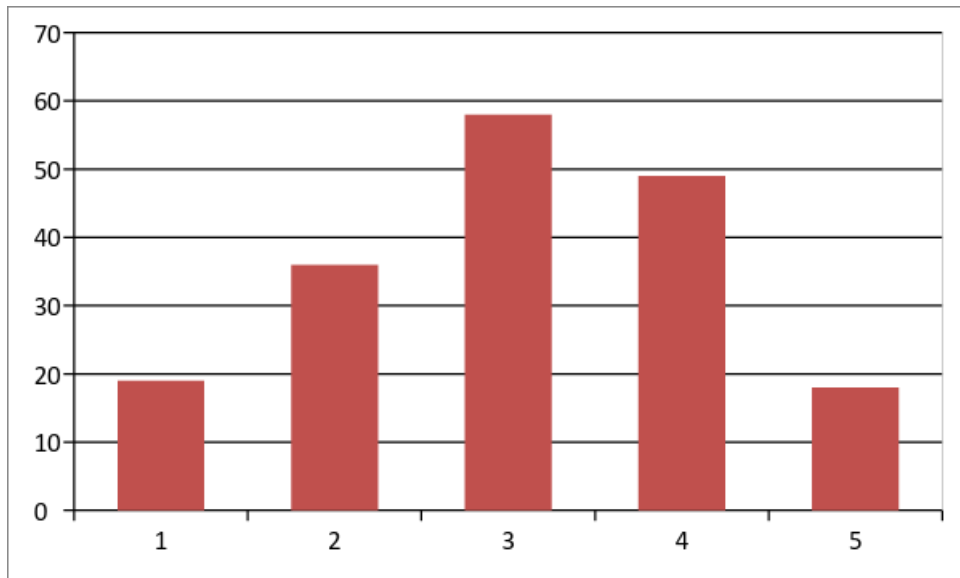
4.3.4 Barreras percibidas

De las preguntas utilizadas para medir la variable barrera percibidas (BAP1 a BAP5 del Apéndice XI) donde se utilizó la siguiente escala para definir la opinión de los encuestados:

Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

En los resultados se encontró también que las barreras percibidas por los 180 ejecutivos encuestados frente a la medida en que la falta de accesibilidad (distancia, espacio físico, conveniencia) limita a los ejecutivos a realizar ejercicio tuvo un promedio de 3.7, lo cual indica que en promedio la población estudiada percibe que al realizar ejercicio físico se incrementa bastante la mejoría en términos de rendimiento laboral. En la Figura IV.4 pueden observarse los resultados.

Figura IV.4; En qué medida la falta de accesibilidad (distancia, espacio físico, conveniencia) te limita a hacer ejercicio?



Fuente: Elaboración propia

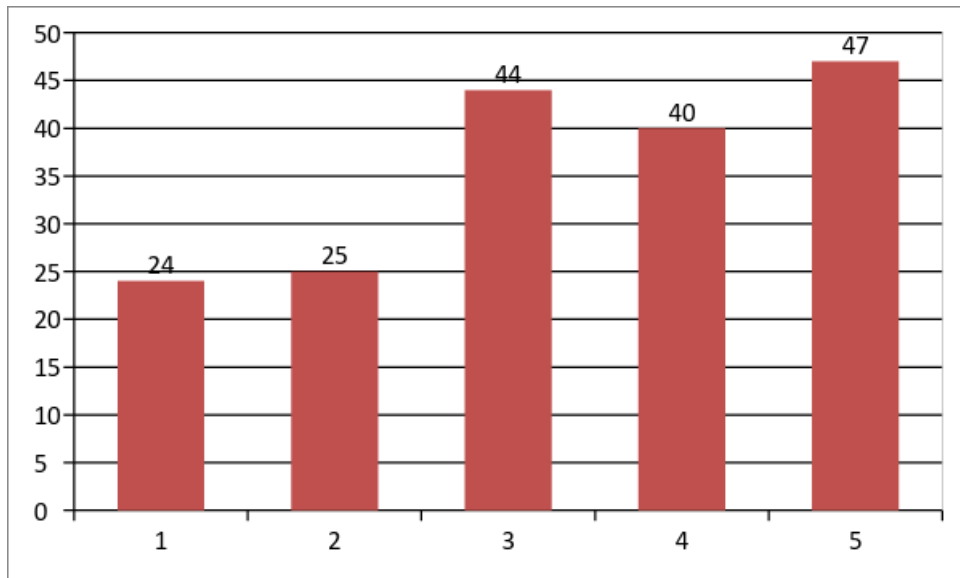
4.3.5 Normas sociales

De las preguntas utilizadas para medir la variable Normas subjetivas (NS1 a NS3) donde se utilizó la siguiente escala para definir la opinión de los encuestados:

Total desacuerdo	Bastante desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Bastante acuerdo	Total acuerdo
1	2	3	4	5

En los resultados se encontró también que las normas subjetivas percibidas por los 180 ejecutivos encuestados frente la medida en que creen que las amistades o círculo cercano piensan que el ejecutivo encuestado debería realizar ejercicio físico por lo menos tres veces por semana, tuvo un promedio de 3.34, lo cual indica que, en promedio la población estudiada percibe que su círculo cercano estaría bastante satisfecho si el individuo realizase actividad física de forma regular. En la Figura IV.5 pueden observarse los resultados.

Figura IV.5 Mis amigos/as piensan que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.



Fuente: Elaboración propia

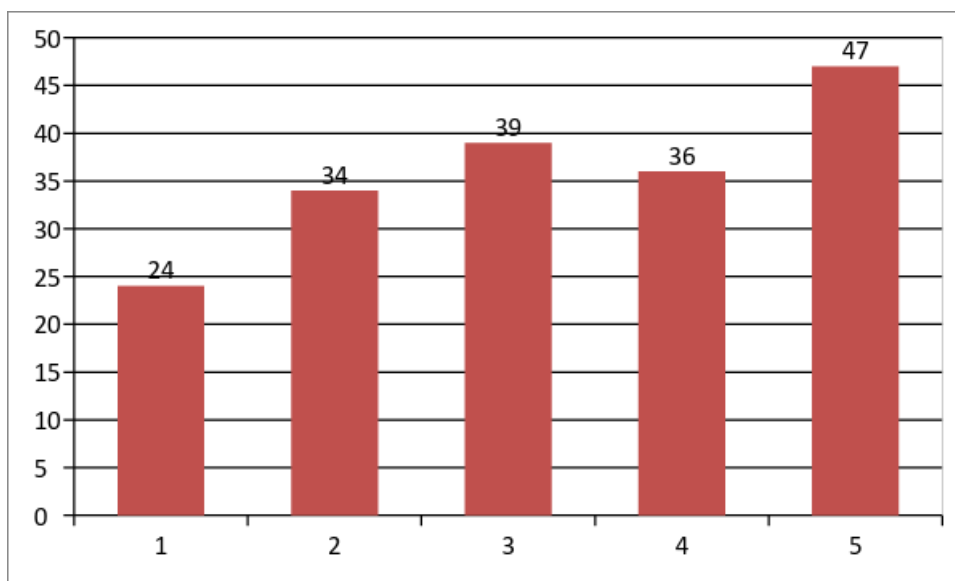
4.3.6 Autoeficacia

De las preguntas utilizadas para medir la variable autoeficacia (AE1 a AE4 del Apéndice XI) donde se utilizó la siguiente escala para definir la opinión de los encuestados:

Total desacuerdo	Bastante desacuerdo	Ni de acuerdo ni	Bastante acuerdo	Total acuerdo
1	2	3	4	5

En los resultados se encontró también que las normas subjetivas percibidas por los 180 ejecutivos encuestados frente la medida en que pueden manejar la disponibilidad de tiempo para realizar ejercicio físico por lo menos tres veces por semana tuvo un promedio de 3.27, lo cual indica que en promedio la población estudiada está ligeramente de acuerdo con que podría manejar la disponibilidad de tiempo para realizar actividad física de forma regular. En la Figura IV.6 pueden observarse los resultados.

Figura IV.6 Puedo manejar mi tiempo para poder hacer ejercicio por lo menos 3 veces por semana.



Fuente: Elaboración propia

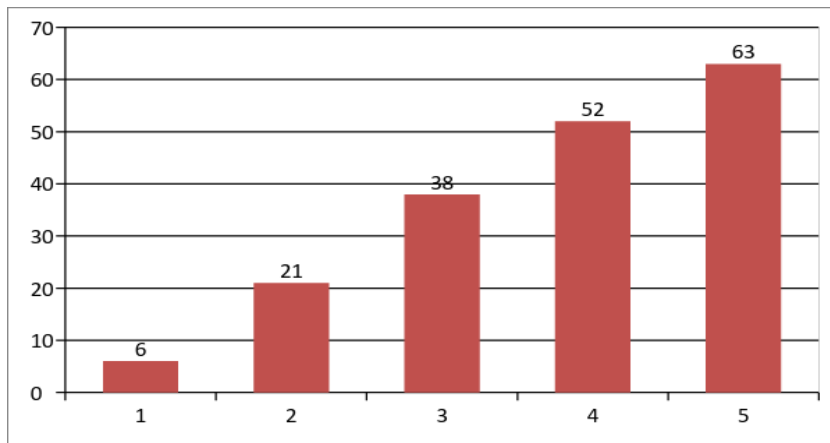
4.3.7 Actitud

De las preguntas utilizadas para medir la variable actitud (AC1 a AC3 del Apéndice XI) donde se utilizó la siguiente escala para definir la opinión de los encuestados:

Total desacuerdo	Bastante desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Bastante acuerdo	Total acuerdo
1	2	3	4	5

En los resultados se encontró también que la actitud reflejada por los 180 ejecutivos encuestados refiere que en promedio (3.8) gustan bastante de hacer ejercicio de forma regular. En la Figura IV.7 pueden observarse los resultados.

Figura IV.7 Me gusta hacer ejercicio físico



Fuente: Elaboración propia

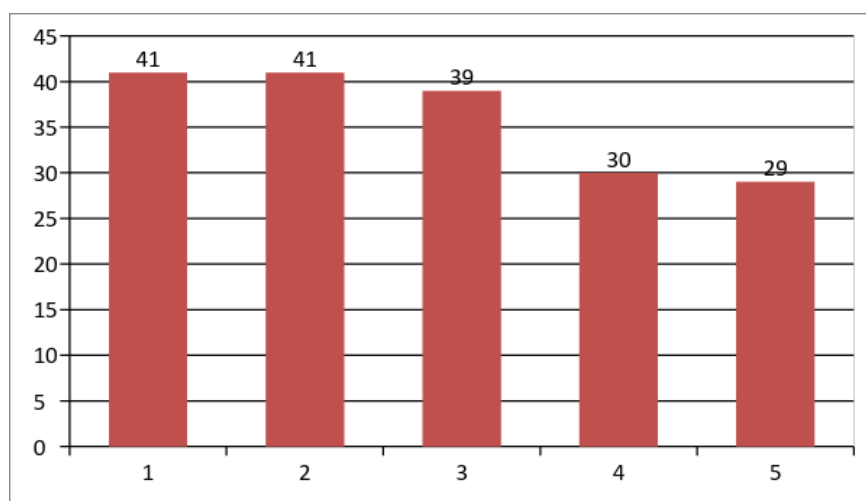
4.3.8 Comportamiento

De las preguntas utilizadas para medir la variable actitud (CO1 a CO5 del Apéndice XI) donde se utilizó la siguiente escala para definir la opinión de los encuestados:

Total desacuerdo	Bastante desacuerdo	Ni de acuerdo ni	Bastante acuerdo	Total acuerdo
1	2	3	4	5

En los resultados se encontró también que la actitud reflejada por los 180 ejecutivos encuestados refiere realizan ejercicio de forma regular hace años tan solo el 33% (59 ejecutivos) de los encuestados (valoración 4 y 5), mientras que el promedio total tan solo llego a 2.9. En la Figura IV.8 pueden observarse los resultados.

Figura IV.8: Realizo ejercicio físico de forma regular desde hace años



Fuente: Elaboración propia

4.4 Comprobación de la Hipótesis

Utilizando como herramienta estadística al coeficiente de correlación de Pearson (r), para medir la relación entre dos variables (independiente y dependiente), se obtuvieron los resultados mostrados en las Tablas IV.5 y IV.6, para a continuación de las mismas poder describir los resultados.

Tabla IV.5 Matriz de Correlaciones

	FVP	FSP	FBEP	FBAP	FNS	FAE	FCO	FAC
FVP	1.000	0.476	0.374	0.211	0.269	-0.041	-0.087	-0.059
FSP	0.476	1.000	0.738	0.183	0.118	0.174	0.135	0.150
FBEP	0.374	0.738	1.000	0.075	0.193	0.291	0.317	0.395
FBAP	0.211	0.183	0.075	1.000	3.490	-0.257	-0.264	0.226
FNS	0.269	0.118	0.193	3.490	1.000	0.159	0.105	0.132
FAE	-0.041	0.174	0.291	0.257	0.159	1.000	0.650	0.649
FCO	-0.080	0.135	0.317	0.264	0.105	0.650	1.000	0.756
FAC	-0.050	0.150	0.395	0.226	0.132	0.649	0.756	1.000

Fuente: Autores de esta tesis

Tabla IV.6 Correlación y Probabilidad de los Constructos

CONSTRUCTO	COMPORTAMIENTO	
	r (Corr.)	p (Prob)
Vulnerabilidad Percibida	-0.0879	1.0000
Severidad Percibida	0.1356	0.6554
Beneficios Percibidos	0.3176	0.0002
Barreras Percibidas	-0.2645	0.0059
Normas Subjetivas	0.1055	0.9505
Auto Eficacia	0.6502	0.0000
Actitud	0.7563	0.0000

Fuente: Autores de esta tesis

A continuación, en la Tabla IV.7 puede observarse la interpretación del coeficiente r de correlación de Pearson según Hernández, Fernández y Baptista (2014).

Tabla IV.7 Interpretación de coeficiente de Correlación de Pearson

Valor	Tipo de Correlación
-1.00	Negativa Perfecta
-0.90	Negativa muy fuerte
-0.75	Negativa Considerable
-0.50	Negativa media
-0.25	Negativa débil
-0.10	Negativa muy Débil

Valor	Tipo de Correlación
0.00	No existe (nula)
0.10	Positiva muy Débil
0.25	Positiva débil
0.50	Positiva media
0.75	Positiva considerable
0.90	Positiva muy fuerte
1.00	Positiva perfecta

Fuente: Hernández, Fernandez, Baptista (2014)

4.4.1 Hipótesis 1

La correlación lineal entre la vulnerabilidad percibida por el ejecutivo, y su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física, es positiva.

En los resultados se obtuvo una correlación negativa muy débil, además que se presenta una significancia con la variable comportamiento de 0.24, por lo cual concluimos que no existe evidencia empírica de que la vulnerabilidad percibida por los ejecutivos sea un predictor efectivo en el comportamiento hacia la actividad física.

4.4.2 Hipótesis 2

La correlación lineal entre la severidad percibida por el ejecutivo, y su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física, es positiva.

En los resultados se obtuvo una correlación de positiva muy débil (0.13) con la variable comportamiento hacia la actividad física, mientras que el grado de significancia es de 0.07 (no significativa) por lo cual concluimos que no existe evidencia empírica suficiente de que la severidad percibida por los ejecutivos sea un predictor efectivo en el comportamiento hacia la actividad física.

4.4.3 Hipótesis 3

La correlación lineal entre los beneficios percibidos por el ejecutivo, y su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física, es positiva.

En los resultados se obtuvo una correlación de 0.32 y un nivel de significancia elevado, lo que indica que la variable beneficios percibidos es significativa, aunque con la variable comportamiento hacia la actividad física, por lo cual concluimos que existe

evidencia empírica de que los beneficios percibidos por los ejecutivos sean un predictor en el comportamiento hacia la actividad física.

4.4.4 Hipótesis 4

La correlación lineal entre las barreras percibidas por el ejecutivo, y su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física, es negativa.

En los resultados se obtuvo una correlación de -0.26 (negativa débil), y un nivel de significancia altamente significativo lo que indica que la variable barrera percibidas es significativa con la variable comportamiento hacia la actividad física, por lo cual concluimos que existe evidencia empírica de que las barreras percibida por los ejecutivos son un predictor para el comportamiento hacia la actividad física.

4.4.5 Hipótesis 5

La correlación lineal entre las normas subjetivas percibidas por el ejecutivo, y su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física, es positiva.

En los resultados se obtuvo una correlación de positiva muy débil (0.11) con la variable comportamiento hacia la actividad física, mientras que el grado de significancia es de 0.15 (no significativa) por lo cual concluimos que no existe evidencia empírica suficiente de que las normas subjetivas percibidas por los ejecutivos sea un predictor efectivo en el comportamiento hacia la actividad física.

4.4.6 Hipótesis 6

La correlación lineal entre la autoeficacia percibida por el ejecutivo, y su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física, es positiva.

En los resultados se obtuvo una correlación positiva media, además que se presenta una alta significancia con la variable comportamiento (<0.005), por lo cual concluimos que existe evidencia empírica suficientemente alta de que la autoeficacia percibida por los ejecutivos sea un predictor efectivo en el comportamiento hacia la actividad física.

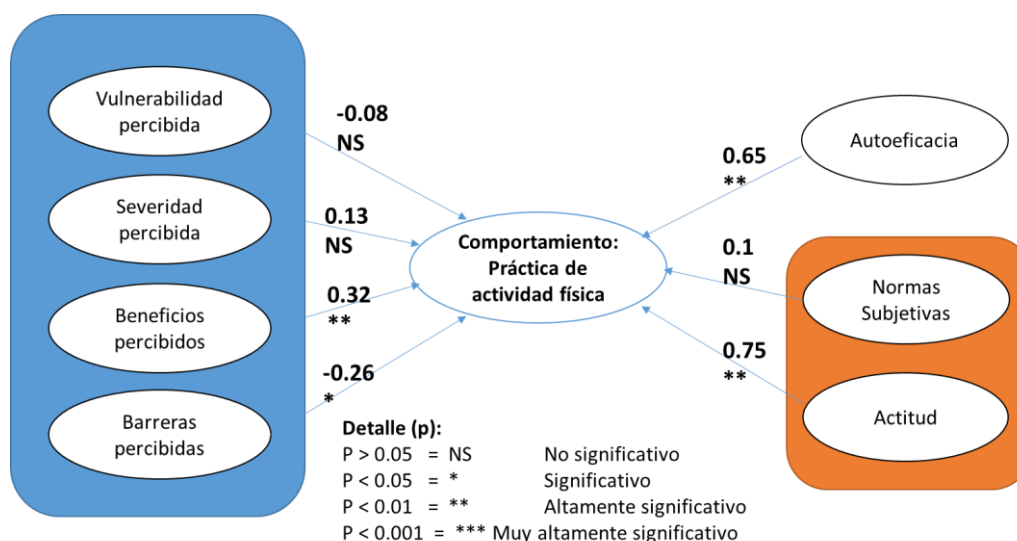
4.4.7 Hipótesis 7

La correlación lineal entre la actitud del ejecutivo, y su comportamiento hacia la práctica de actividad física, es positiva.

En los resultados se obtuvo una correlación de positiva considerable (0.75) con la variable comportamiento hacia la actividad física, mientras que encontró un alto nivel de significancia, por lo cual concluimos que existe evidencia empírica suficiente de que la actitud del ejecutivo es un predictor efectivo para el comportamiento hacia la actividad física.

Las correlaciones descritas previamente, se muestran también en la Figura IV.9., considerando los resultados en el modelo propuesto, notamos que existe una correlación importante entre la actitud y el comportamiento orientado a la actividad física y entre la autoeficacia y el comportamiento,

Figura IV.9: Correlaciones entre las variables.



Fuente: Autores de esta tesis

Análisis de Regresión Lineal

Como segundo método de comprobación de hipótesis, para corroborar los resultados obtenidos de la correlación, se realizó el método de regresión lineal, del cual se encontró lo siguiente:

Tabla IV.8 Interpretación de coeficiente de Correlación de Pearson

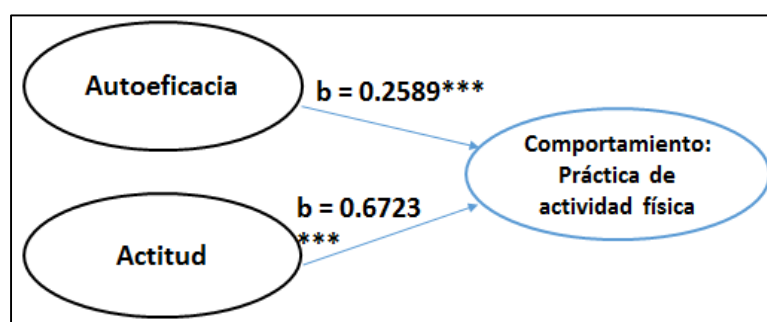
ESTADÍSTICAS DEL MODELO					
R2=0.6227 R2-ajustado=0.6074, Error estandar=0.660253					
ANÁLISIS DE VARIANZA					
FUENTE	SS	GL	MS	F	Prob
REGRESION	123.77	7	17.68	40.56	0.00000
ERROR	74.98	172	0.44		
TOTAL	198.75	179			
VARIABLE	COEFICIENTE	EE	T	PROB.	
CONSTANTE	-0.1845	0.4816	-0.3831	0.702126	
FVP	-0.0791	0.0876	-0.9025	0.368079	
FSP	0.0384	0.1462	0.2624	0.793359	
FBEP	0.0707	0.1638	0.4319	0.666338	
FBAP	-0.1177	0.0872	-1.3494	0.178988	
FNS	-0.0034	0.045	-0.0765	0.939093	
FAE	0.2425	0.0596	4.0658	0.000073	
FAC	0.6457	0.0777	8.3068	0.000000	

Fuente: Autores de esta tesis

Del análisis de la tabla de resultados, resalta que las Barreras Percibidas y los Beneficios percibidos no resultan ser buenos predictores para la práctica de actividad física, por lo cual el modelo propuesto estaría compuesto solo por las variables Autoeficacia y actitud, cabe aquí también mencionar que de acuerdo a análisis de la tabla IV.5 o de matriz de correlaciones, se observa que existen correlación lineal fuerte entre dos variables independientes del modelo (Severidad percibida y Beneficios percibidos), lo cual podría ser un indicio que se esté midiendo lo mismo y que esto origine un no deseado problema de colinealidad.

Tomando en consideración el análisis de regresión lineal, el modelo propuesto en el presente estudio, quedaría modificado a como se indica en la siguiente figura.

Figura IV.10: Modelo Validado por método de Análisis de Regresiones.



Fuente: Autores de esta tesis

En el modelo validado por el método de análisis de regresiones, se observa que las variables a considerarse como buenas predictores hacia la práctica de actividad física son la Autoeficacia y la Actitud, las mismas que también fueron consideradas por la validación vía método de correlaciones, por lo se puede indicar que tanto la Autoeficacia como la Actitud son fuertes predictores del comportamiento hacia la práctica de actividad física.

4.5 Resumen del capítulo

Se inició el presente capítulo describiendo la muestra, la misma que estuvo compuesta por 180 profesionales ejecutivos con cargos gerenciales, directivos o jefaturas, que se encontraban cursando o que hayan cursado un MBA en la ciudad de Lima, seguido a esto se procedió a determinar y analizar la confiabilidad del instrumento a través del *Alfa de Cronbach* para cada una de las variables del modelo propuesto, las mismas que son: vulnerabilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, normas subjetivas, autoeficacia, actitud y el comportamiento de los ejecutivos hacia la práctica de actividades físicas.

Así también se calcularon y presentaron resultados de las correlaciones lineales de Pearson (1986), para poder validar la significancia de cada hipótesis. De este análisis se concluyó que la autoeficacia, la actitud y las barreras percibidas son los mejores predictores del comportamiento hacia la práctica de actividad física.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

El objetivo fundamental del presente estudio fue el proponer y validar un modelo conceptual que permita identificar los principales factores personales que influyen en la práctica de actividad física en ejecutivos en Lima Metropolitana. Este modelo propuesto fue basado en los fundamentos de la Teoría del Comportamiento planificado de Ajzen (1991), del modelo de creencias en salud HBM de Rosenstock (1974) y la autoeficacia de Bandura (1986) ya que con el uso de estos modelos se abarcaron diversos aspectos de naturaleza preventiva, personal y social.

Como instrumento para la medición de las variables definidas para el modelo propuesto se utilizó un cuestionario y se aplicó a una muestra de 180 ejecutivos con cargos gerenciales, directivos o de jefaturas en la ciudad de Lima, la aplicación del instrumento se realizó en el mes de Julio de 2017. Para cada pregunta se calificó utilizando la escala de Likert.

5.1 Conclusiones y discusión de la investigación

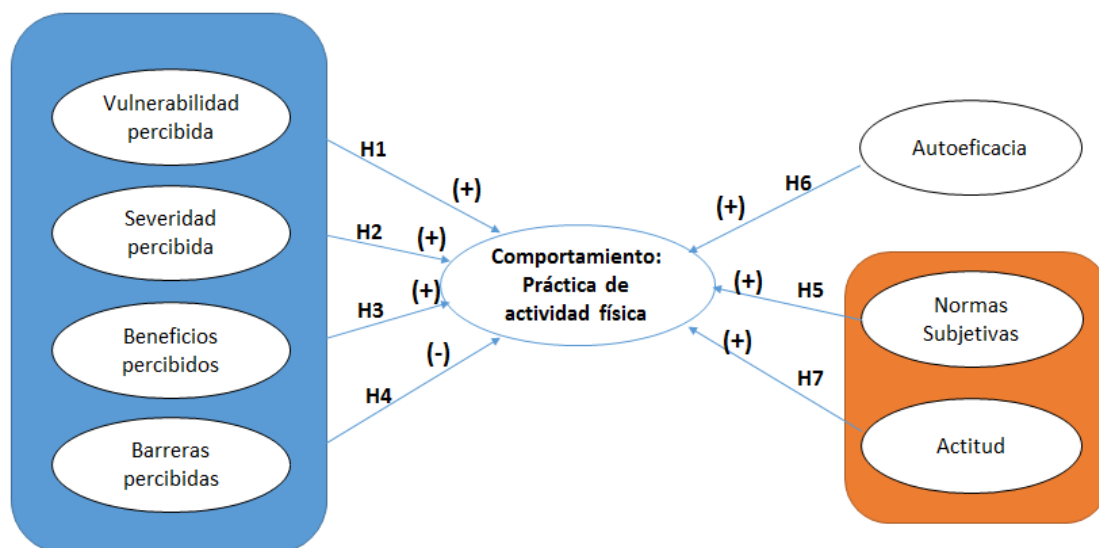
Para el modelo propuesto, el mismo que se representa en la Figura V.1., se formuló como variable dependiente al comportamiento y las variables independientes que fueron tomadas del modelo de creencias en salud son la vulnerabilidad percibida, severidad percibida, beneficios y barreras percibidas; de la teoría de comportamiento planificado se tomaron la actitud y las normas subjetivas, y la autoeficacia de Bandura.

Como ya se indicó, el modelo propuesto conservó variables de los 3 modelos base, las variables vulnerabilidad percibida y severidad percibida se tomaron del modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974), pero ahora se buscó demostrar que influyen directamente sobre el comportamiento, mientras que en el modelo de Creencias en salud influían directamente sobre las amenazas percibidas. Ambas variables resultaron no tener significancia al momento de predecir el comportamiento. Del mismo modelo de creencias en salud, se tomó la variable beneficios percibidos que tuvo un alto nivel de significancia con el comportamiento y la variable barreras percibidas que resultó también significativa a la hora de predecir el comportamiento.

De la teoría del comportamiento planificado (Ajzen, 1991) se conservaron a las Normas Subjetivas, que resultaron ser no significativas, y se conservó la actitud, que

resultó ser altamente significativa para predecir el comportamiento de los ejecutivos hacia la actividad física. Finalmente, de la teoría Cognitivo Social de Bandura (1986) se conservó la autoeficacia, resultando ser altamente significativa para predecir el comportamiento, (ver Figura VI y Tabla V.1).

Figura V.1 Modelo propuesto



Fuente: Autores de esta tesis.

Tabla V.1 Correlación de las Variables estudiadas

Constructo	Comportamiento	
	r (Corr.)	p (Prob)
Vulnerabilidad Percibida	-0.0879	No existe (nula)
Severidad Percibida	0.1356	Positiva muy débil
Beneficios Percibidos	0.3176	Positiva débil
Barreras Percibidas	-0.2645	Negativa débil
Normas Subjetivas	0.1055	Positiva muy débil
Autoeficacia	0.6502	Positiva media
Actitud	0.7563	Positiva considerable
Fuente: Elaboración propia		

Fuente: Elaboración propia

Por lo antes expuesto y de acuerdo con los resultados obtenidos por el análisis de correlación de Pearson, los mismos que se muestran en la Tabla V.1, queda demostrado que la autoeficacia, la actitud y los beneficios percibidos son predictores potentes del comportamiento hacia la actividad física para ejecutivos de la ciudad de Lima.

No se logró verificar la significancia de las variables vulnerabilidad percibida, severidad percibida y normas subjetivas, por lo cual podemos concluir que estas variables no son buenas predictoras del comportamiento de los ejecutivos hacia la actividad física. Las posibles explicaciones de la no significancia de estas variables se tratan en la sección discusión de resultados.

Por todo lo mencionado podemos concluir de manera integral que el modelo propuesto fue validado sólo de forma parcial, ya que las variables vulnerabilidad percibida, severidad percibida y normas subjetivas resultaron ser no significativas.

Discusión de los resultados

En este apartado se dará una interpretación de los resultados, tomando en consideración el contexto actual en el que se desempeñan los ejecutivos de Lima metropolitana, además recalcar que el enfoque del estudio fue a un nivel individual, es decir no se consideraron variables ambientales.

- (i) Para la hipótesis uno, los resultados no demostraron que exista evidencia empírica que implique que la vulnerabilidad percibida sea un predictor efectivo del comportamiento, tal y como lo señala el modelo propuesto. Una posible explicación es que actualmente las personas en general llegan a percibir su vulnerabilidad como individuo frente a males o peligros que los aquejan, pero en la mayoría de casos esto se queda en una mera intención o plan de acción y no llega a la ejecución de la actividad, es decir no desencadena el comportamiento, en otras palabras, las personas saben que son vulnerables, son conscientes, pero existen otros factores que impiden que se concrete el comportamiento.
- (ii) Los resultados para la hipótesis dos tampoco demostraron que exista evidencia empírica suficiente que implique que la severidad percibida sea un predictor efectivo del comportamiento del individuo, una posible explicación es análoga a la del punto anterior, ya que actualmente las personas en general llegan a percibir vulnerabilidad y el nivel de severidad, es decir las consecuencias a las que pueden verse expuestos frente a males o peligros específicos de la salud, pero en la mayoría de casos esto no

desencadena acciones preventivas que impliquen un esfuerzo o un sacrificio adicional, es decir no repercuten en el comportamiento. En otras palabras, las personas saben que son vulnerables y que tan grave puede llegar a ser que estén expuestos a ciertas condiciones, pero existen otros factores que impiden que se concrete el comportamiento.

- (iii) La hipótesis tres analiza el comportamiento en un contexto individual frente a los beneficios percibidos por el individuo, en este caso el ejecutivo de realizar actividad física. Los resultados obtenidos corroboraron su validez, lo cual se puede explicar partiendo de que, las personas en general y para el caso específico de los ejecutivos, siempre están realizando acciones para obtener a cambio beneficios esperados. En este sentido, los ejecutivos reconocen que la actividad física de forma regular sí genera beneficios principalmente para la salud, y dado que su percepción es más positiva, es lógico que se traslade a un comportamiento, en este caso a realizar ejercicio. Se considera además que existen muchos otros beneficios no relacionados con la mejora o conservación de la salud, muchos de estos beneficios relacionan al individuo con factores ambientales, beneficios tales como la apariencia física, estatus, relaciones sociales, entre otros.
- (iv) Para las barreras percibidas por el ejecutivo, se analizan los resultados de la hipótesis cuatro, los mismos que indican que sí se cumple esta hipótesis. Esto puede explicarse para la población estudiada, puesto que se encontró que existen barreras relevantes que impiden que se realice el comportamiento. Analizando el tipo de limitantes y según el análisis de resultados del instrumento, se observa que predomina el factor tiempo, que fue lo indicado como barrera por la mayoría de los encuestados. Esto tiene mucha lógica puesto que, como se conoce, los ejecutivos de hoy dado en entorno en el que se desenvuelven, están cargados de responsabilidades, tanto a nivel laboral, personal, familiar y social, por ello es que muchos no consideran la actividad física como algo prioritario, excusándose con el factor tiempo de no poder concretarlo. Así también se encontró otra barrera a la accesibilidad a los lugares donde se realiza actividad física, ya que consideran que un ambiente que no cuente con las facilidades que ellos

requieren hace que disminuya su interés por realizar alguna actividad física de forma regular, lo que finalmente hace que no participe en ninguna.

- (v) En la hipótesis cinco se propone la existencia de una correlación directa entre la variable normas subjetivas y el comportamiento. Los resultados indicaron que no existe evidencia empírica que corrobore esta hipótesis.

Siguiendo un criterio lógico, esto se puede explicar por las características propias de los ejecutivos, que son autónomos e independientes, por lo tanto, tienden a ser poco influenciados por el entorno social al momento de tomar decisiones, y más aún si estas decisiones son de índole tan personal como el decidir realizar ejercicio. Por otro lado, también se puede indicar que esta variable no salió significativa debido a que las preguntas consideradas en el instrumento, no medían con precisión, lo que realmente se pretendía medir con esta variable, lo cual se ha considerado como una limitación de esta investigación.

- (vi) La hipótesis seis propone que existe una correlación lineal positiva entre la autoeficacia percibida por el ejecutivo, y su comportamiento relacionado a la práctica de actividad física. Los resultados indican que existe evidencia empírica que corrobora la hipótesis, es decir que, a mayor nivel de autoeficacia percibida por el ejecutivo, se realizará mayor actividad física de forma regular. Esto puede reforzarse con el hecho que los ejecutivos son personas que tienen un alto control sobre su capacidad para ejecutar acciones que conlleven a resultados. En razón a ello, resulta lógico asociar que esto pueda ser trasladado al ámbito de la actividad física, ya que una persona con sentimientos más fuertes de efectividad, puede comprometerse en realizar y mantener una práctica regular de actividad física, a comparación de aquellas personas que tienen una baja autoeficacia. (Marcus, Eaton, Rossi y Harlow, 1994).

- (vii) Para la variable actitud, se analizan los resultados obtenidos para la hipótesis siete, la misma que propone que existe correlación lineal entre la actitud del ejecutivo y su comportamiento hacia la práctica de actividad física. Este enunciado fue corroborado a través de evidencia empírica y se explica partiendo de que la actitud es la manera en la que esta alguien

dispuesto a comportarse u obrar frente a situaciones diversas. Bajo este entendimiento, los ejecutivos tienen una actitud orientada al logro u objetivos, además como se explicó anteriormente perciben la actividad física como algo positivo para ellos, tal es así que, si los ejecutivos ya cuentan con una determinada actitud positiva hacia la práctica de actividad física, esta será fácilmente traducida en su comportamiento, a través de la realización de actividad física de forma regular.

Trasladando esta discusión de los resultados obtenidos al contexto peruano, autores como Portocarrero y Saenz (2005), en un estudio sobre los empresarios peruanos, concluye que éstos no son conscientes de pertenecer a una élite, tienen poca participación política, y no reflejan una preocupación ciudadana por los problemas del país. Más bien indica que sí son personas involucradas con el “otro”, ya que encuentran más real y factible comprometerse con otras personas, de manera individual, en actividades de su interés.

5.2 Implicaciones para la gerencia

Según se ha evidenciado en capítulos anteriores, la actividad física tiene un impacto positivo en la salud de las personas en general, lo cual incluye a los ejecutivos, más aun si estos están expuestos a diversas situaciones de estrés laboral entre otras. Por lo tanto, los resultados de la presente investigación tienen implicancias prácticas para las actividades de los ejecutivos y por ende para la gerencia de toda organización, por lo tanto puede servir como punto de partida para incorporar estrategias o planes de acción enfocados en incentivar la práctica de actividad física de los ejecutivos y que esto a su vez repercuta en su salud propia y así también en un nivel ya no individual, si no mas bien organizacional, por ejemplo contar con individuos fisiológicamente sanos facilitara las labores de las áreas de salud ocupacional, ya que la probabilidad de contar con colaboradores fisiológicamente sanos se incrementa.

El presente estudio y sus resultados están enfocados a un aspecto individual de toma de decisiones, pero como se comentó previamente el hecho de que una organización cuente con individuos sanos facilita el cumplimiento de algunos lineamientos de la salud ocupacional, ya que esta tiene como propósito lograr la promoción y conservación del más elevado grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores dentro de

una organización. En las empresas, la presencia de la salud ocupacional es de vital importancia ya que además de velar por la salud, el bienestar y las condiciones de trabajo de cada uno de sus trabajadores; el éxito de cumplir con los objetivos organizacionales está relacionado con contar con un programa efectivo de salud ocupacional.

Si bien es cierto que se ha mencionado el beneficio del estudio para la Salud ocupacional, para que esto pueda llevarse a la práctica será necesario el aplicar los resultados obtenidos en nuestro estudio, los mismos que son de carácter netamente individual, pero bajo esta consigna las organizaciones podrán ejecutar programas mas adecuados y más enfocados en como influir sobre el individuo, lo cual aplicado al grupo humano en general permitirá contar con adecuados programas de salud ocupacional dentro de las empresas se considera una ventaja estratégica, debido a que no solo permite proveer seguridad al trabajador, sino que también logra generar un buen desempeño durante sus actividades laborales y de esta forma una mayor productividad. (Rodríguez, Vera, 2011)

Hoy en día gestionar la salud dentro de las empresas debe considerarse como una importante herramienta de tipo gerencia que mejora la productividad y rentabilidad de las empresas, y es aquí donde los profesionales ejecutivos entran a tallar ya que son responsables por la correcta gestión de la salud ocupacional, garantizando una mejor calidad de vida para sus trabajadores generando de esta manera valor agregado a sus organizaciones que representan.

Los resultados obtenidos del modelo propuesto, el mismo que siendo un modelo que estudia el comportamiento individual de las personas, puede aplicarse para enfocar el reforzar la calidad de los constructos que resultaron significativos, por lo tanto son de gran aporte para las organizaciones ya que permitirían implementar estrategias con la finalidad de reforzar la práctica de actividad física, partiendo de los beneficios y barreras percibidas por los ejecutivos, y a nivel personal incentivando la actitud y la autoeficacia, ya que estas tres variables según la presente investigación resultaron ser las que mejor explicaban el comportamiento hacia la práctica de actividad física en los ejecutivos.

5.3 Posibilidades de futuras investigaciones

El presente estudio tomó una muestra dirigida o por conveniencia, considerando solo los ejecutivos que estudian o estudiaron una maestría MBA en la Universidad Esan, por lo tanto, los resultados no necesariamente se pueden trasladar hacia todos los ejecutivos de Lima Metropolitana. En vista de ello, se recomienda realizar futuras investigaciones que consideren una muestra más amplia, o de tipo probabilístico, de modo que sea representativa de la población total en estudio, con la finalidad de determinar los factores que determinan la práctica regular de actividad física en los ejecutivos a nivel nacional.

A partir de los resultados obtenidos, sería recomendable profundizar o replicar estudios que permitan verificar la influencia de las variables encontradas como no significativas en el modelo propuesto en la presente investigación, que son las normas subjetivas o normas sociales, vulnerabilidad percibida y la severidad percibida.

Existe la posibilidad también de realizar estudios que realicen un análisis más profundo y se afinen más los instrumentos de medición utilizados en esta investigación, dado que la validación ha sido limitada, puesto que solo se consideraron los factores personales, no se realizó juicio de expertos en la elaboración del instrumento, ya que fueron tomados como base instrumentos de investigaciones anteriores de otros países y realidades diferentes.

Asimismo, dado que el estudio se centró en el análisis de los factores a nivel individual (cognitivo) de la persona, las futuras investigaciones deberían contemplar los demás factores que en este estudio no se pudieron medir, tales como los factores sociales-culturales, ambientales y aquellos relacionados con las características propias de la actividad física (Oliveira et al., 2010).

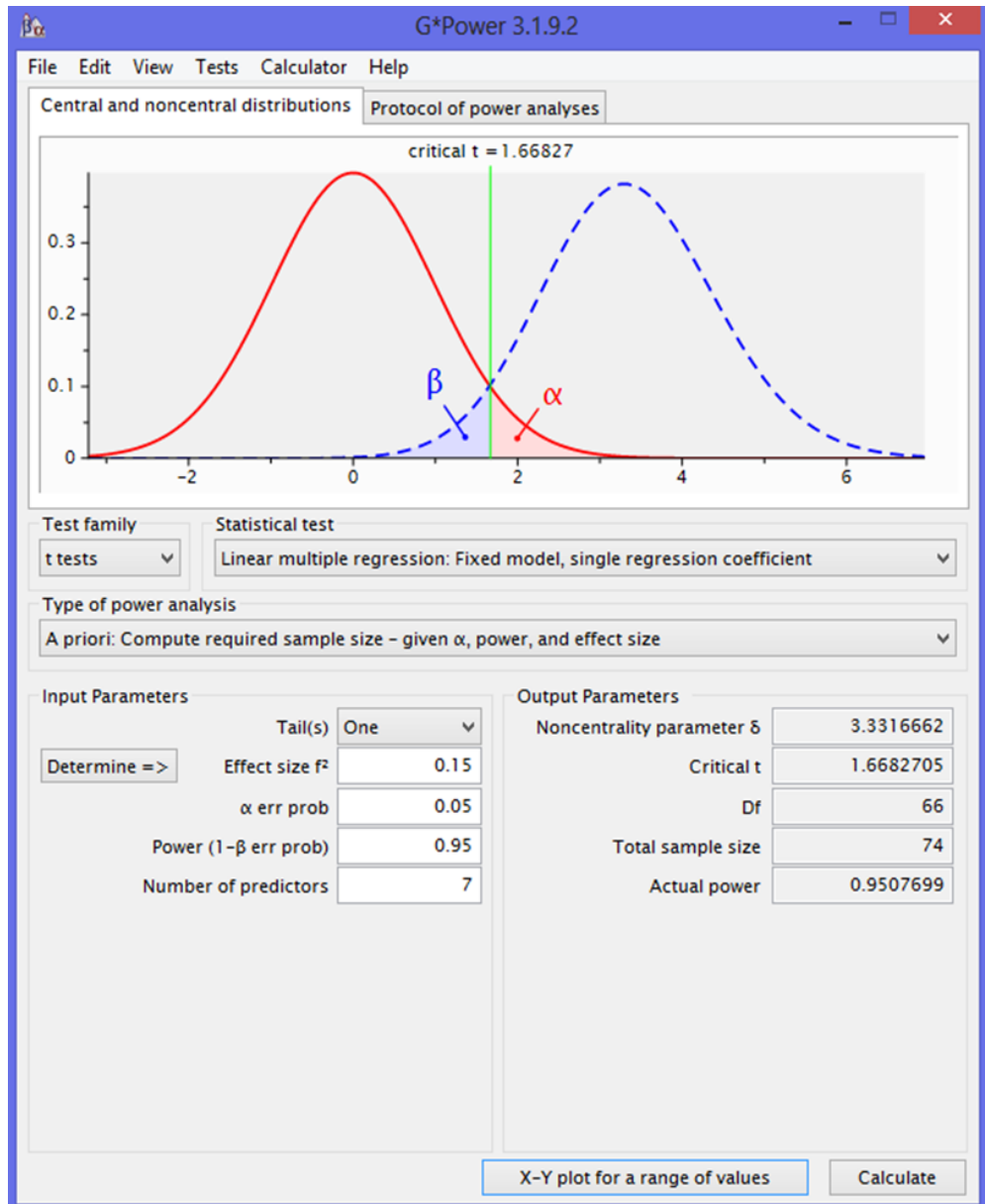
Por otro lado, se recomienda desarrollar nuevos estudios que incluyan nuevas variables basados en otros modelos teóricos que expliquen en mejor medida el comportamiento de los ejecutivos respecto a la práctica regular de actividad física. En tal sentido, sería de gran relevancia explorar las diferencias por variables demográficas como el género, edad, nivel socioeconómico, entre otras relacionadas al entorno, no

consideradas en el presente estudio, que influyen en la participación de los ejecutivos en la actividad física.

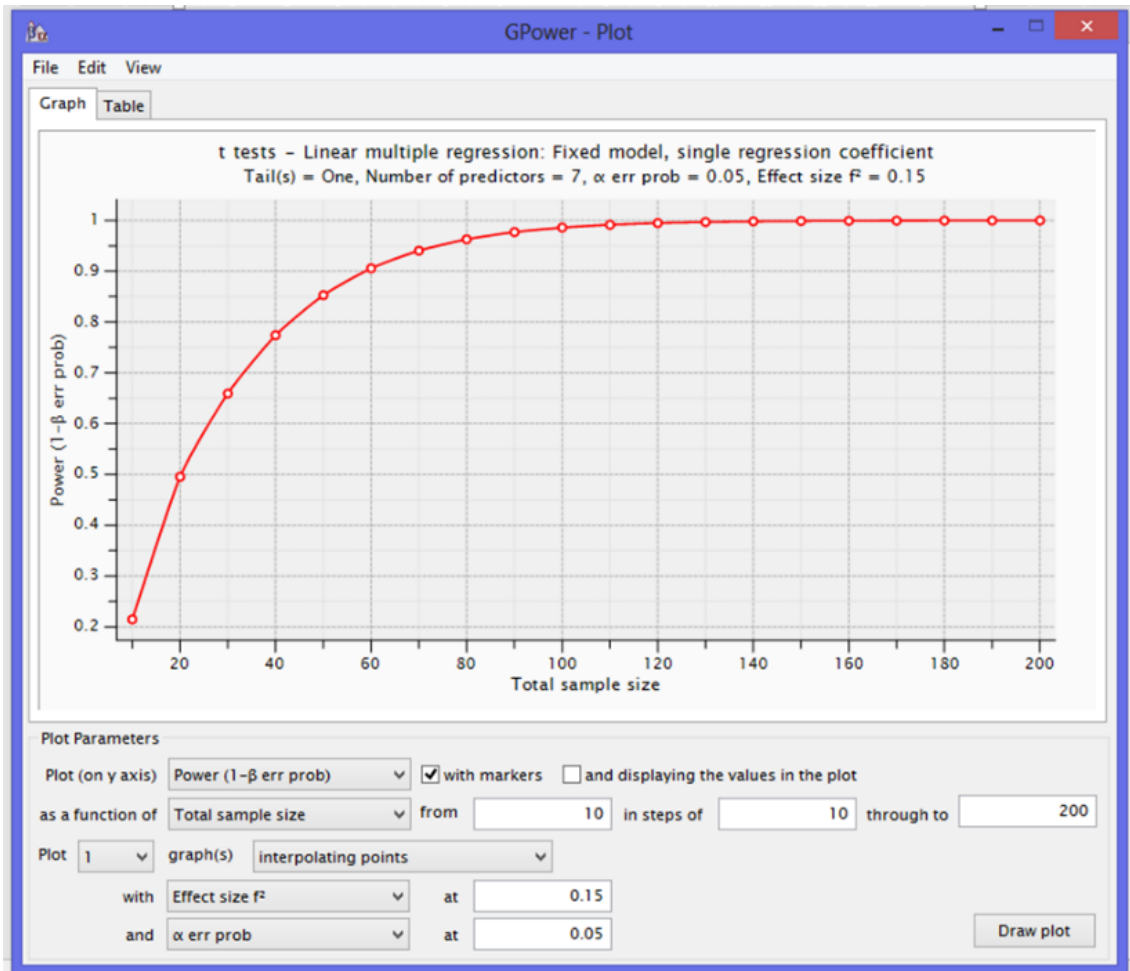
Finalmente, resultaría de gran importancia que futuros estudios permitan determinar los factores relacionados con el entorno laboral. Además, sería interesante que se estudie las diferencias de acuerdo con el tipo de industria o tipo de organización en que se desempeñan los ejecutivos, con el fin de proponer estrategias más específicas para la promoción de la actividad física en las organizaciones.

APÉNDICES

Apéndice I: Cálculos de la prueba de potencia y tamaño de muestra



Apéndice II: Gráfico de potencia estadística para n= 180



Apéndice III: Instrumentos utilizados para medir la vulnerabilidad percibida

Hayslip, Weigand, Weinberg, Richardson y Jackson (1996)																
The Development of New Scales for Assessing HealthBelief Model Constructs in Adulthood																
<i>Susceptibilidad a Problemas de Salud</i>																
Responder a las preguntas según la siguiente escala tipo Likert de 5 puntos, donde: 1= riesgo muy bajo hasta 5= riesgo extremadamente alto																
¿En qué medida siente que usted se encuentra personalmente en riesgo de desarrollar o experimentar cada uno de los siguientes?																
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">a. Depresión</td> <td style="width: 50%;">i. Demencia</td> </tr> <tr> <td>b. Osteoporosis</td> <td>j. Inactividad</td> </tr> <tr> <td>c. Obesidad</td> <td>k. Artritis</td> </tr> <tr> <td>d. Hipertensión arterial</td> <td>l. Rigidez y dolor</td> </tr> <tr> <td>e. Ataque al corazón</td> <td>m. Cancer</td> </tr> <tr> <td>f. Infarto</td> <td>n. Diabetes</td> </tr> <tr> <td>g. Pérdida de memoria</td> <td>o. Falta de fuerza</td> </tr> <tr> <td>h. Ataques de ansiedad</td> <td>p. Tener sobrepeso</td> </tr> </table>	a. Depresión	i. Demencia	b. Osteoporosis	j. Inactividad	c. Obesidad	k. Artritis	d. Hipertensión arterial	l. Rigidez y dolor	e. Ataque al corazón	m. Cancer	f. Infarto	n. Diabetes	g. Pérdida de memoria	o. Falta de fuerza	h. Ataques de ansiedad	p. Tener sobrepeso
a. Depresión	i. Demencia															
b. Osteoporosis	j. Inactividad															
c. Obesidad	k. Artritis															
d. Hipertensión arterial	l. Rigidez y dolor															
e. Ataque al corazón	m. Cancer															
f. Infarto	n. Diabetes															
g. Pérdida de memoria	o. Falta de fuerza															
h. Ataques de ansiedad	p. Tener sobrepeso															

Fuente: Traducción propia en base a Hayslip, Weigand, Weinberg, Richardson y Jackson (1996)

Esparza, Montañez, Gutierrez, Carrillo, Gurrola, Ruvalcaba, García y Ochoa (2017)
Factor structure and internal reliability of an exercise health belief model scale in a Mexican population
Responder a las preguntas según la siguiente escala tipo Likert, donde : 1=Nada, 2=Poco, 3=Algo, 4=Bastante, 5=Mucho.
<i>Creencias sobre la vulnerabilidad de no hacer ejercicios</i>
27. ¿Crees que te pueda dar presión alta?
28. ¿Crees que te puede dar diabetes?
29. ¿Crees que puedes tener un infarto al corazón?
30. ¿Crees que te puede dar una embolia?
31. ¿Crees que te puede dar cáncer?
32. ¿Crees que puedes aumentar de peso?

Fuente: Esparza, Montañez, Gutierrez, Carrillo, Gurrola, Ruvalcaba, García y Ochoa (2017)

Apéndice IV: Instrumentos utilizados para medir la Severidad Percibida

<p>Esparza, Montañez, Gutierrez, Carrillo, Gurrola, Ruvalcaba, García y Ochoa (2017) Factor structure and internal reliability of an exercise health belief model scale in a Mexican population</p>
<p>Responder a las preguntas según la siguiente escala tipo Likert, donde : 1=Nada, 2=Poco, 3=Algo, 4=Bastante, 5=Mucho.</p> <p><i>Creencias sobre la severidad de no hacer ejercicios</i></p> <ol style="list-style-type: none">5. ¿Qué tan grave es padecer de presión alta?6. ¿Qué tan grave es padecer de diabetes?7. ¿Qué tan grave es que te dé un infarto al corazón?8. ¿Qué tan grave es que te dé una embolia?9. ¿Qué tan grave es que te dé cáncer?10. ¿Qué tan grave es que aumentes de peso?

Fuente: Esparza del Villar, Montañez, Gutierrez, Carrillo, Gurrola, Ruvalcaba, García y Ochoa (20

Apéndice V: Instrumentos utilizados para medir los Beneficios percibidos

Hayslip, Weigand, Weinberg, Richardson y Jackson (1996)	
The Development of New Scales for Assessing HealthBelief Model Constructs in Adulthood	
<i>Beneficios percibidos</i>	
Responder a las preguntas según la siguiente escala tipo Likert de 5 puntos, donde: 1= riesgo muy bajo hasta 5= riesgo extremadamente alto	
Un mayor beneficio de la actividad física para mí es:	
a. Perder peso	h. Presión sanguínea baja
b. Sentirse mejor psicológicamente	i. Estar con amigos / social
c. Volverse más fuerte	j. Mejor salud
d. Incrementar el rango de movimiento	k. Sentirse más joven
e. Incrementar las condiciones físicas	l. Sentido de logro
f. Mejor estado de alerta mental	m. Liberación de tensión
g. Reducir el riesgo de ataque al corazón	

Fuente: Traducción propia en base a Hayslip, Weigand, Weinberg, Richardson y Jackson (1996)

Esparza, Montañez, Gutierrez, Carrillo, Gurrola, Ruvalcaba, García y Ochoa (2017)	
Factor structure and internal reliability of an exercise health belief model scale in a Mexican population	
Responder a las preguntas según la siguiente escala tipo Likert, donde : 1=Nada, 2=Poco, 3=Algo, 4=Bastante, 5=Mucho.	
<i>Beneficios percibidos</i>	
11. ¿Qué tanto crees que el ejercicio te ayude a prevenir tener presión alta?)	
12. ¿Qué tanto crees que el ejercicio te ayude a prevenir [o controlar] la diabetes?	
13. ¿Qué tanto crees que el ejercicio te ayude a prevenir los infartos al corazón?	
14. ¿Qué tanto crees que el ejercicio te ayude a prevenir las embolias?	
15. ¿Qué tanto crees que el ejercicio te ayude a prevenir el cáncer?	
16. ¿Qué tanto crees que el ejercicio te ayude a no aumentar de peso?	
17. ¿Qué tanto crees que el ejercicio te ayude a tener una mejor salud?	
18. ¿Qué tanto crees que el ejercicio te ayude a tener una mejor calidad de vida?	
19. ¿Qué tanto crees que el ejercicio te ayude a vivir más años?	
20. ¿Qué tanto crees que el ejercicio te ayude a verte mejor?	
21. ¿Vale la pena pagar el precio de hacer ejercicio [como invertir tiempo y superar la flojera] para prevenir	
22. ¿Vale la pena pagar el precio de hacer ejercicio [como invertir tiempo y superar la flojera] para tener una	
23. ¿Vale la pena pagar el precio de hacer ejercicio [como invertir tiempo y superar la flojera] para tener una	
24. ¿Vale la pena pagar el precio de hacer ejercicio [como invertir tiempo y superar la flojera] para vivir más	
25. ¿Vale la pena pagar el precio de hacer ejercicio [como invertir tiempo y superar la flojera] para verte	

Fuente: Esparza, Montañez, Gutierrez, Carrillo, Gurrola, Ruvalcaba, García y Ochoa (2017)

Apéndice VI: Instrumentos utilizados para medir las Barreras percibidas

Niñerola, Capdevila y Pinatel, (2006)											
ABPEF: Autoinforme de Barreras para La práctica de ejercicio físico											
Instrucciones: Durante las primeras semanas, ¿cuál es la probabilidad de que las siguientes razones te impidan realizar ejercicio físico?											
Para cada razón, marca un número del 0 al 10 que indique lo probable que es											
Razón que me impide practicar ejercicio físico las próximas semanas	PROBABILIDAD										
	Poca					Mucha					
1. Cansarme demasiado durante el ejercicio o tener miedo a lesionarme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Tener pereza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Sentir incomodidad por el aspecto que tengo con ropa deportiva	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Tener demasiado trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Tener "agujetas" o dolores musculares a consecuencia del ejercicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Sentir que mi aspecto físico es peor que el de los demás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Tener demasiadas obligaciones familiares	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. No estar "en forma" para practicar ejercicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Falta de voluntad para ser constante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Pensar que la otra gente está en mejor forma que yo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. No encontrar el tiempo necesario para el ejercicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Notar cansancio o fatiga de forma habitual a lo largo del día	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Pensar que los demás juzgan mi apariencia física	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Estar demasiado lejos del lugar donde puedo hacer ejercicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Encontrarme a disgusto con la gente que hace ejercicio conmigo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Sentir vergüenza porque me están mirando mientras hago ejercicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Que las instalaciones o los monitores no sean adecuados	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fuente: Niñerola, Capdevila y Pinatel, (2006)

Apéndice VII: Instrumentos utilizados para medir las Normas subjetivas

Esparza, Quiñones, Gutierrez, Gurrola, Balcázar, Ruvalcaba, Samaniego, García y Ochoa (2017) Estructura Factorial de una escala de actividad física basada en la Teoría del Comportamiento Planificado
Responder a las preguntas según la siguiente escala tipo Likert, donde : 1= Nada cierto; 2= Poco cierto; 3= Más o menos cierto; 4= Bastante cierto; 5= Totalmente cierto
11. Miembros de mi familia me han dicho o insinuado que debo hacer ejercicio 12. Mis amigos me han dicho o insinuado que debo hacer ejercicio 13. Mi pareja me ha dicho o insinuado que debo hacer ejercicio 14. Mis compañeros de trabajo me han dicho o insinuado que debo hacer ejercicio 15. Mi doctor me ha dicho o insinuado que debo hacer ejercicio

Fuente: Esparza, Quiñones, Gutierrez, Gurrola, Balcázar, Ruvalcaba, Samaniego, García y Ochoa (2017)

Apéndice VIII: Instrumentos utilizados para medir la Autoeficacia

Esparza, Quiñones, Gutierrez, Gurrola, Balcázar, Ruvalcaba, Samaniego, García y Ochoa (2017) Estructura Factorial de una escala de actividad física basada en la Teoría del Comportamiento
Responder a las preguntas según la siguiente escala tipo Likert, donde : 1= Nada cierto; 2= Poco cierto; 3= Más o menos cierto; 4= Bastante cierto; 5= Totalmente cierto
21. Estoy seguro de que puedo empezar a hacer ejercicio si me lo propongo 22. Soy capaz de hacer ejercicio 23. Si me lo propusiera, sé que podría hacer ejercicio

Fuente: Esparza, Quiñones, Gutierrez, Gurrola, Balcázar, Ruvalcaba, Samaniego, García y Ochoa (2017)

Luszczynska, Scholz, & Schwarzer (2005) The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies
Responder a las preguntas según la siguiente escala tipo Likert, donde : 1= Nada cierto; 2= Dificilmente cierto; 3= Moderadamente cierto; 4= Exactamente cierto
Durante el próximo mes, pretendo estar físicamente activo de forma regular por un mínimo de 20 minutos al menos 3 veces por semana Si hago ejercicio de forma regular, me sentiré equilibrado en mi vida cotidiana Si hago ejercicio de forma regular, perderé mucho tiempo Soy capaz de hacer ejercicio al menos 3 veces por semana durante 30 minutos como mínimo Puedo manejar llevar a cabo mis intenciones del ejercicio incluso cuando tengo preocupaciones y problemas

Fuente: Luszczynska, Scholz, & Schwarzer (2005)

Apéndice IX: Instrumentos utilizados para medir la Actitud

Dosil (2002)
Escala de Actitudes hacia la Actividad física y el deporte (E.A.F.D.)
Responder a las siguientes afirmaciones, donde : 1= Totalmente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= En desacuerdo; 4= Indeciso; 5= De acuerdo; 6= Bastante de acuerdo; 7= Totalmente de acuerdo
<ol style="list-style-type: none">1. La actividad física/deporte ocupa un lugar importante en mi vida2. Si tuviera una tarde libre, emplearía una parte de mi tiempo en realizar una actividad física o4. Alguna vez me he acostado o levantado antes para poder practicar una actividad física/deporte5. Siempre que puedo asisto a manifestaciones o espectáculos deportivos en directo6. Me gustaría tener siempre un tiempo a la semana para dedicarlo a la actividad física/deporte7. En relación con mis amigos, dedico más tiempo a la práctica de una actividad física/deporte8. Si no puedo practicar una actividad física/deporte durante toda una semana aumentan las ganas de practicarla(o)9. Cuando veo una actividad física /deporte aumenta las ganas de practicarla (o)10. Si dejo de practicar una semana una actividad física/deporte noto un bajón en mi estado de forma11. La actividad física/deporte está entre mis prioridades en la vida12. Mis programas favoritos son los deportivos13. En general, me considero una persona que tengo un actitud favorable o con buena actividad física/deporte
Fuente: Dosil (2002)

Apéndice X: Listado de preguntas para la prueba de lectura

Código	Item Original	Item modificado con los resultados de la prueba de lectura
VP1	¿Qué tan susceptible cree que es usted de adquirir hipertensión arterial?	¿Qué tan susceptible cree que está usted de adquirir hipertensión arterial?
VP2	¿Qué tan susceptible cree que es usted de adquirir algún tipo de trastorno/ desorden de tipo psicológico como ansiedad, estrés?	¿Qué tan susceptible cree que es usted de padecer de ansiedad y/o estrés?
VP3	¿Qué tan susceptible cree usted que pueda sufrir de sobrepeso?	¿Qué tan susceptible cree usted que está de sufrir de sobrepeso?
VP4	¿Qué tanto cree usted que su tiempo de vida sea afectado si no realiza ejercicio?	¿Qué tanto cree usted que su esperanza de vida sea afectada SI NO REALIZASE EJERCICIO?
SP1	¿Qué tan grave es sufrir de hipertensión arterial?	
SP2	¿Qué tan grave es sufrir de ansiedad y estrés?	
SP3	¿Qué tan grave es sufrir de sobrepeso?	
SP4	¿Qué tanto cree que la falta de ejercicio afecta su tiempo de vida?	¿Qué tanto cree que la falta de ejercicio afecta su esperanza de vida?
SP5	¿Qué tanto cree que la falta de ejercicio afecta su salud?	
SP6	¿Qué tanto cree que la falta de ejercicio afecta la calidad de vida?	¿Qué tanto cree que la falta de ejercicio afecta su calidad de vida?
BP1	¿Qué tanto ayuda el ejercicio físico a prevenir la hipertensión arterial?	
BP2	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayuda a prevenir o reducir los síntomas de ansiedad y estrés?	
BP3	¿En qué medida considera usted que el ejercicio le ayude a mejorar su apariencia física?	
BP4	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a mejorar la calidad de su sueño?	
BP5	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a mejorar su rendimiento laboral?	
BP6	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a no aumentar de peso?	
BP7	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a tener una mejor salud?	
BP8	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a tener una mejor calidad de vida?	
BP9	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a vivir más años?	
BAP1	¿En qué medida la falta de tiempo te limita a hacer ejercicio?	
BAP2	¿En qué medida la falta de voluntad te limita a hacer ejercicio?	
BAP3	¿En qué medida la falta de recursos económicos te limita a hacer ejercicio?	
BAP4	¿En qué medida la falta de accesibilidad (distancia, espacio físico, conveniencia) te limita a hacer ejercicio?	
BAP5	¿En qué medida la pre-existencia de alguna enfermedad te limita a realizar ejercicio?	
NS1	Mi familia (padres, hermanos/as) piensa que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	
NS2	Mis amigos/as piensan que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	
NS3	Mi pareja piensa que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	
NS4	Mis compañeros/as de trabajo piensan que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	
AE1	Puedo encontrar la manera de hacer ejercicio al menos 3 veces por semana	
AE2	Soy capaz de hacer ejercicio al menos 3 veces por semana si así me lo propongo	
AE3	Soy perseverante con mis decisiones, es por eso que puedo hacer ejercicio al menos 3 veces por semana si así lo decido	
AE4	Puedo manejar mi tiempo para poder hacer ejercicio por lo menos 3 veces por semana	
CO1	Hago ejercicio físico por lo menos 3 veces por semana	
CO2	Siempre que puedo realizo ejercicio físico	
CO3	Realizo ejercicio físico de forma regular desde hace años	
CO4	Si no realizo ejercicio físico todos los días me siento mal	
CO5	Priorizo hacer ejercicio físico sobre otras actividades	

Apéndice XI: Versión inicial del instrumento para la prueba piloto

CUESTIONARIO SOBRE DETERMINANTES DEL EJERCICIO FÍSICO EN EJECUTIVOS

A continuación, se presentarán algunas preguntas respecto a lo que usted cree en relación a la salud y el ejercicio físico, definido como toda actividad física planificada y que se realiza de forma regular y sistemática.

Recuerde que sus respuestas son confidenciales y se manejarán con fines estrictamente académicos.

Por favor lea detenidamente las preguntas, y marque una sola alternativa entre las mostradas, de acuerdo a lo que usted crea que mejor represente su opinión.

Genero: (<input type="checkbox"/>) Hombre (<input type="checkbox"/>) Mujer Edad: (<input type="checkbox"/>) 25- 34 (<input type="checkbox"/>) 35- 44 (<input type="checkbox"/>) 45- 54 (<input type="checkbox"/>) 55 a más Cargo: (<input type="checkbox"/>) Gerente, directivo, jefe (<input type="checkbox"/>) Analista, asistente, otro	Distrito: Estado Civil: (<input type="checkbox"/>) Soltero (a) (<input type="checkbox"/>) Casado (a) (<input type="checkbox"/>) Conviviente (<input type="checkbox"/>) Divorciado (a) (<input type="checkbox"/>) Viuda (o) N° de hijos: (<input type="checkbox"/>) 0 (<input type="checkbox"/>) 1- 2 (<input type="checkbox"/>) más de 2
--	---

N°	PREGUNTA	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1	¿ En qué medida la falta de tiempo te limita a hacer ejercicio?	1	2	3	4	5
2	¿En qué medida considera usted que el ejercicio le ayude a mejorar su apariencia física?	1	2	3	4	5
3	¿Qué tan grave es sufrir de sobrepeso?	1	2	3	4	5
4	¿ En qué medida la pre-existencia de alguna enfermedad te limita a realizar ejercicio?	1	2	3	4	5
5	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayuda a prevenir o reducir los síntomas de ansiedad y estrés?	1	2	3	4	5
6	¿Qué tan susceptible cree que es usted de padecer de ansiedad y/o estrés?	1	2	3	4	5
7	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a tener una mejor calidad de vida?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanto cree usted que su esperanza de vida sea afectada SI NO REALIZASE EJERCICIO?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tanto cree que la falta de ejercicio afecta su salud?	1	2	3	4	5
10	¿Qué tan susceptible cree usted que está de sufrir de sobrepeso?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto ayuda el ejercicio físico a prevenir la hipertensión arterial?	1	2	3	4	5
12	¿Qué tan grave es sufrir de ansiedad y estrés?	1	2	3	4	5

Por favor, procure responder todas las preguntas con la mayor sinceridad posible.

N°	PREGUNTA	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
13	¿ En qué medida la falta de recursos económicos te limita a hacer ejercicio?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tanto cree que la falta de ejercicio afecta su esperanza de vida?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a mejorar la calidad de su sueño?	1	2	3	4	5
16	¿Qué tan susceptible cree que está usted de adquirir hipertensión arterial?	1	2	3	4	5
17	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a mejorar su rendimiento laboral?	1	2	3	4	5
18	¿Qué tanto cree que la falta de ejercicio afecta la calidad de vida?	1	2	3	4	5
19	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a vivir más años?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan grave es sufrir de hipertensión arterial?	1	2	3	4	5
21	¿ En qué medida la falta de voluntad te limita a hacer ejercicio?	1	2	3	4	5
22	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a tener una mejor salud?	1	2	3	4	5
23	¿ En qué medida la falta de accesibilidad (distancia, espacio físico, conveniencia) te limita a hacer ejercicio?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a no aumentar de peso?	1	2	3	4	5

A continuación, lea cada enunciado e indique que tan en desacuerdo o de acuerdo está con cada uno. Por favor, marque **una sola** de las alternativas entre 1 y 5, siendo 1 "Totalmente en desacuerdo" y 5 "Totalmente de acuerdo", según mejor se represente su opinión al respecto.

Nº	PREGUNTA	Total desacuerdo	Bastante desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Bastante acuerdo	Total acuerdo
25	Hago ejercicio físico regularmente, fundamentalmente porque deseo conservar mi salud	1	2	3	4	5
26	Mi pareja piensa que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	1	2	3	4	5
27	Hago ejercicio físico regularmente, fundamentalmente porque deseo mejorar mi apariencia	1	2	3	4	5
Nº	PREGUNTA	Total desacuerdo	Bastante desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Bastante acuerdo	Total acuerdo
28	Mis amigos/as piensan que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	1	2	3	4	5
29	He dejado de hacer otras actividades para poder hacer ejercicio físico regularmente	1	2	3	4	5
30	Puedo encontrar la manera de hacer ejercicio al menos 3 veces por semana	1	2	3	4	5
31	He dejado de hacer ejercicio físico por priorizar otras actividades	1	2	3	4	5
32	Soy capaz de hacer ejercicio al menos 3 veces por semana si así me lo propongo	1	2	3	4	5
33	Mis compañeros/as de trabajo piensan que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	1	2	3	4	5
34	Puedo manejar mi tiempo para poder hacer ejercicio por lo menos 3 veces por semana	1	2	3	4	5
35	Mi familia (padres, hermanos/as) piensa que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	1	2	3	4	5
36	Soy perseverante con mis decisiones, es por eso que puedo hacer ejercicio al menos 3 veces por semana si así lo decido	1	2	3	4	5

Muchas gracias por responder!!

Apéndice XII: Encuesta final

ENCUESTA: EJERCICIO FÍSICO EN EJECUTIVOS

A continuación, se presentarán algunas preguntas respecto a lo que usted cree en relación a la salud y el ejercicio físico, definido como toda actividad física planificada y que se realiza de forma regular y sistemática.

Recuerde que sus respuestas son confidenciales y se manejarán con fines estrictamente académicos.

Por favor lea detenidamente las preguntas, y marque una sola alternativa entre las mostradas, de acuerdo a lo que usted crea que mejor represente su opinión.

Genero: () Hombre () Mujer	Distrito:
Edad: () 25- 34 () 35- 44 () 45- 54 () 55 a más	Estado Civil: () Soltero (a) () Casado (a) () Conviviente () Divorciado (a) () Viuda (o)
Cargo: () Gerente, directivo, jefe () Analista, asistente, otro	N° de hijos: () 0 () 1- 2 () más de 2

	N°	Item	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
			1	2	3	4	5
BAP1	1	¿ En qué medida la falta de tiempo te limita a hacer ejercicio?					
BEP3	2	¿En qué medida considera usted que el ejercicio le ayude a mejorar su apariencia física?					
SP3	3	¿Qué tan grave es sufrir de sobrepeso?					
BAP5	4	¿ En qué medida la pre-existencia de alguna enfermedad te limita a realizar ejercicio?					
BEP2	5	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayuda a prevenir o reducir los síntomas de ansiedad y estrés?					
VP2	6	¿Qué tan susceptible cree que es usted de padecer de ansiedad y/o estrés?					
BEP8	7	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a tener una mejor calidad de vida?					
VP4	8	¿Qué tanto cree usted que su esperanza de vida sea afectada SI NO REALIZASE EJERCICIO?					
SP5	9	¿Qué tanto cree que la falta de ejercicio afecta su salud?					
VP3	10	¿Qué tan susceptible cree usted que está de sufrir de sobrepeso?					
BEP1	11	¿Qué tanto ayuda el ejercicio físico a prevenir la hipertensión arterial?					
SP2	12	¿Qué tan grave es sufrir de ansiedad y estrés?					
BAP3	13	¿ En qué medida la falta de recursos económicos te limita a hacer ejercicio?					
SP4	14	¿Qué tanto cree que la falta de ejercicio afecta su esperanza de vida?					
BEP4	15	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a mejorar la calidad de su sueño?					
VP1	16	¿Qué tan susceptible cree que está usted de adquirir hipertensión arterial?					
BEP5	17	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a mejorar su rendimiento laboral?					
SP6	18	¿Qué tanto cree que la falta de ejercicio afecta la calidad de vida?					
BEP9	19	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a vivir más años?					
SP1	20	¿Qué tan grave es sufrir de hipertensión arterial?					
BAP2	21	¿ En qué medida la falta de voluntad te limita a hacer ejercicio?					
BEP7	22	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a tener una mejor salud?					
BAP4	23	¿ En qué medida la falta de accesibilidad (distancia, espacio físico, conveniencia) te limita a hacer ejercicio?					
BEP6	24	¿Qué tanto cree usted que el ejercicio le ayude a no aumentar de peso?					

A continuación, lea cada enunciado e indique que tan en desacuerdo o de acuerdo está con cada uno. Por favor, marque **una sola** de las alternativas entre 1 y 5, siendo 1 "Totalmente en desacuerdo" y 5 "Totalmente de acuerdo", según mejor se represente su opinión al respecto.

	N°	Item	Total desacuerdo	Bastante desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Bastante acuerdo
			1	2	3	4
CO2	25	Siempre que puedo realizo ejercicio físico				
AC1	26	Me gusta hacer ejercicio físico				
CO1	27	Hago ejercicio físico por lo menos 3 veces por semana				
NS2	28	Mis amigos/as piensan que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.				
CO3	29	Realizo ejercicio físico de forma regular desde hace años				
AC3	30	El ejercicio físico ocupa un lugar importante en mi vida				
AE1	31	Puedo encontrar la manera de hacer ejercicio al menos 3 veces por semana				
CO4	32	Si no realizo ejercicio físico todos los días me siento mal				
AE2	33	Soy capaz de hacer ejercicio al menos 3 veces por semana si así me lo propongo				
NS3	34	Mis compañeros/as de trabajo piensan que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.				
AE4	35	Puedo manejar mi tiempo para poder hacer ejercicio por lo menos 3 veces por semana				
NS1	36	Mi familia (padres, hermanos/as) piensa que yo debería hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.				
AE3	37	Soy perseverante con mis decisiones, es por eso que puedo hacer ejercicio al menos 3 veces por semana si así lo decido				
CO5	38	Priorizo hacer ejercicio físico sobre otras actividades				
AC2	39	Realizar ejercicio físico es muy necesario				

Muchas gracias por responder!!

BIBLIOGRAFÍA

- Ajzen, I. . (1991). *The theory of planned behavior, Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50, 179–211.
- Al Ali, N., & Haddad, L. (2004). The Effect of the Health Belief Model in Explaining Exercise Participation among Jordanian Myocardial Infarction patients. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2), 114-121.
- Ameneh; Amirzadeh; Abdollahi ; Kong, L. (2014). Applying of Theory of Planned Behavior to Promote Physical Activity and Exercise Behavior among Older Adults. *Journal of Physical Education and Sport*.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287.
- Barrios Casas, S.; Paravic Klijn, T. (2006). *Promoción de la salud y un entorno laboral saludable*.
- Becker, M. (1974). *The Health Belief Model and personal health behavior*. Health Education Monography.
- Biddle, S., & Nigg, C. (2000). Theories of exercise behavior. *International Journal of Sport Psychology*, 290-304.
- Biddle, S.;Goudas, M.;Page, A. (1994). Social-psychological predictors of self-reported actual and intended physical activity in a university workforce sample. *British Journal of Sports Medicine*, 28(3), 160-163.
- Biernat E. Tomaszewski P., M. K. (2010). Physical activity of office workers. *Biology of Sport*, 27(4), 289-296.
- Blue, C. L.;Wilbur, J.;Marston-Scott, M. (2001). Exercise among blue-collar workers: Application of the theory of planned behavior. *Research in Nursing & Health*, 24(6), 481-493.
- Bollen, K. (1991). Conventional Wisdom on Measurement: A Structural Equation Perspective. *Psychological Bulletin*, 110 (2), 305-314.
- Bonilla Arena, E., & Sáez Torralba, M. (Nov de 2014). Beneficios del ejercicio físico en el adulto. *Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*, 2(4), 21-30.
- Buil, I.; Martínez,E.; Chernatony, L. (2009). *Medición del valor de marca desde un enfoque formativo*. Obtenido de 10.5295/cdg.100204ib

- Cabrera A., G., Tascón G., J., & Lucumí C., D. (2001). Creencias en Salud: Historia, constructos y aportes al modelo. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 91-101.
- Cansino, K., & Gálvez, H. (2014). Determinantes de la participación en actividades físicas en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1), 151-155.
- Cantón Chirivella, E. (2001). Deporte, salud, bienestar y calidad de vida. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 1(1), 27-38.
- Cárdenas Castro, M., & Arancibia Martini, H. (2014). Potencia Estadística Y Cálculo Del Tamaño Del Efecto En G*Power: Complementos A Las Pruebas De Significación Estadística Y Su Aplicación En Psicología. *Salud & Sociedad*, 5(2), 210-224.
- Carolyn Finck, Ph.D. (2015). *Variables Sociocognitivas de un Programa Comunitario para la Práctica de Actividad Física*.
- Cohen, J. (1992). Quantitative Methods in Psychology. *A Power Primer*, 155.
- Churchill, J., & Gilbert, A. (2003). A paradigm for developing better measures of marketing constructs JMR. *Journal of Marketing Research*, 64.
- De Miguel Calvo, Jesús María; Schweiger Gallo, Inge; De Las Mozas, Majano Oscar; Hernández López, José Manuel;. (2011). Efecto del ejercicio físico en la productividad laboral y el bienestar. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(2), 589-604.
- Devís, J. (s.f.). *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona.: INDE.
- Díaz-Pérez LE, Barrera-Gálvez. (s.f.). *La salud de los ejecutivos. Una propuesta de atención*.
- Dosil Díaz, J. (2002). Escala de Actitudes hacia la actividad física y el deporte . *Cuadernos de Psicología del deporte*, 2(2).
- Elisa Huéscar*, J. R.-M.-M. (2014). Teoría de la Acción Planeada y tasa de ejercicio percibida: un modelo predictivo en estudiantes adolescentes de educación física. *Anales de Psicología*, 738 - 744.
- Enriquez; Cruz; Ceballos; García. (2017). *Psychometric properties of the Exercise Benefits/Barriers Scale in Mexican elderly women*. Obtenido de 10.1590/1518-8345.1566.2902.
- Esparza, Montañez, Gutiérrez, Carrillo, Gurrola, Ruvalcaba, García y Ochoa. (2017). Factor structure and internal reliability of an exercise health belief model scale in a Mexican population. *BMC Public Health*.
- Esparza, Quiñones, Gutierrez, Gurrola, Balcázar, Ruvalcaba, Samaniego, García y Ochoa. (Abril de 2017). Estructura factorial de una escala de actividad física

basada en la teoría del comportamiento planificado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 118-126.

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Gestión. (05 de setiembre de 2013). *Efectos deportes ánimos*. Obtenido de <http://gestion.pe/tendencias/efecto-deportes-animo-tomar-decisiones-2075432>

Gestión. (03 de Marzo de 2015). *Haz deporte hoy y asciende mañana*. Obtenido de Gestión: <http://blogs.gestion.pe/el-deporte-de-hacer-negocios/2015/03/haz-deporte-hoy-y-asciende-manana.html>

Gestión. (13 de Agosto de 2016). *Estos son los “ejecutivos olímpicos” del Perú* . Obtenido de <http://gestion.pe/tendencias/estos-son-ejecutivos-olimpicos-peru-2167730>

Gestión. (11 de Mayo de 2016). *La importancia del sueño*. Obtenido de <https://gestion.pe/opinion/importancia-sueno-2160563>

Gestión. (05 de agosto de 2016). *Solo 39% de peruanos practica deporte, la mayoría dice no hacerlo por falta de tiempo*. Obtenido de <http://gestion.pe/tendencias/solo-39-peruanos-practica-deporte-mayoria-dice-no-hacerlo-falta-tiempo-2167098>

GFK. (2013). *Perfil del peruano sedentario*. Lima.

Gholamnia, F., & R., A. (2014). Determinants of Physical Activity Based on the Theory of Planned Behavior in Iranian Military Staff's Wives: A Path Analysis. *Global Journal of Health Science*, 7(3).

Gristwood, J. (2011). Applying the Health Belief Model to Physical Activity Engagement among older adults. (D. o. Indiana University, Ed.) *Illuminare: A Student Journal in Recreation, Parks, and Leisure Studies*, 9(1), 59-71.

Gutiérrez Sánchez, Á., & Pino Juste, M. (2013). Actitudes hacia la práctica de actividad física saludable en futuros docentes. (S. d. Murcia, Ed.) *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 13(2), 73-82.

Hayden, J. (2013). *Introduction to Health Behavior Theory*. New Jersey: Jones & Bartlett Learning.

Hayslip; Weigand; Weinberg; Richardson; Jackson. (1996). The Development of New Scales for Assessing Health Belief Model Constructs in Adulthood. *Journal of Aging and Physical Activity*.

Heather A. Hausenblas, Albert V. Carron, and Diane E. Mack. (1997). *Application of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior to Exercise Behavior: A Meta-Analysis*.

- Hernandez R.; Fernandez C.; Baptista P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, R; Fernandez C.; Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: MacGraw Hill.
- Hobbs; Dixon; Johnston; Howie. (2013). *Can the theory of planned behaviour predict the physical activity behaviour of individuals*.
- Hochbaum, G. (1958). *Public Participation in Medical Screening Programmes: A Socio-Psychological Study*. Washington DC: Government Printing Office.
- Jacoby, Seclén-Palacín. (2003). *Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú*.
- Janz, N., & Becker, M. (1984). The Health Belief Model: A decade Later. (U. o. Michigan, Ed.) *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Julie Fleury, RN, PhD Nansi Gregor-Holt, RN, MS, Terris Thompson. (s.f.). *Predictive Ability of Social Cognitive Theory in Exercise Research: An Integrated Literature Review Colleen Keller*.
- Kaewthummanukul, T.; Brown, K. (2006). *Determinants of employee Participation in Physical Activity. Critical Review of the literature*.
- Kredowl; Capozzoli; Hearon; Calkins; Otto. (2014). *The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review*.
- La República. (06 de Noviembre de 2017). *Estrés laboral*. Obtenido de <http://larepublica.pe/impresas/sociedad/716184-estres-laboral-los-jefes-son-los-mas-vulnerables-padecerlo>
- Lima Serrano, M., Lima Rodriguez, J., & Sáez Bueno, Á. (2012). Diseño y validación de dos escalas para medir la actitud hacia la alimentación y la actividad física durante la adolescencia. *Revista Española de Salud Pública*, 86(3), 1-15.
- Lo, S., Chair, S., & Lee, F. (Mayo de 2015). Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk of metabolic syndrome: Based on the health belief model. *Applied Nursing Research*, 28(2), 197-201.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 139, 439–457.
- MacKenzie S.; Podsakoff P. ; Jarvis C. (2005). *The Problem of Measurement Model Misspecification in Behavioral and Organizational Research and Some Recommended Solutions*.
- Mantilla; Villamizar; Villamizar. (2014). Percepciones de salud física desde el modelo de creencias en docentes universitarios. *Salud Soc Uptc*, 1(2), 9-15.

- Marcus, B., & Forsyth, L. (2009). *Motivating People to Be Physically Active-2nd Edition*. Human Kinetics.
- Mark Conner and Paul Norman. (2005). *Predicting health behaviour* . Second edition.
- Martínez, E.; De Chernatony, L. (2010). *Medición del valor de marca desde un enfoque formativo*. Obtenido de 10.5295/cdg.100204ib
- Matabanchoy, T. (2012). Salud en el trabajo. *Universidad y Salud*, 87-102.
- Mercado Salgado,P.;Salgado Mejia, R. (2008). *Estrés en ejecutivos de medianas y grandes empresas mexicanas: Un enfoque de desarrollo humano organizacional*.
- Milne, S.; Orbell, S.; Sheeran.P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology*, 7, 163–184.
- Mirotnik, J., Feldman, L., & Stein, R. (Junio de 1995). The health belief model and adherence with a community center-based, supervised coronary heart disease exercise program. *Journal of Community Health*, 20(3), 233-247.
- Moreno , E., & Roales, G. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica,consideración crítica y Propuesta Alternativa I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109.
- Morgan, W.P. (1985). *Affective beneficence of, vigorous physical activity*. *Medicine and Science in Sports and Exercise*,. 6, 422-425.
- Morris, Marzano, Dandy, & O' Brien. (2012). *Theories and models of behaviour and behaviour change*.
- Navarro Orozco, R., & Ceballos Gurrola, O. (2015). *Documento Técnico: Gestión para la Promoción dela Actividad Física para la Salud*. MINSAs.
- Navarro Orozco,R.; Ceballos Gurrola,O.; Pérez García A. (2007). *Salud pública y nutrición*.
- Neipp, M., Quiles, M., León, E., Tirado, S., & Rodriguez-Marín, J. (2015). Aplicando la Teoría de la Conducta Planeada: ¿qué factores influyen en la realización de ejercicio físico? *Atención Primaria*, 47(5), 287-293.
- Niñerola; Capdevila; Pinatel. (2006). Barreras percibidas y actividad física: el autoinforme de barreras para la práctica de ejercicio físico. *Psicología del Deporte*, 15(1), 53-69.
- Nunnally, J. (1967). *Psychometric Theory*. New York: Mc Graw Hill.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric Theory. 2nd Edition*. New York: Mc Graw Hill.

- Nunnally, J. C. (1999). Psychometric theory. 3rd Edition. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 17, 275-280.
- Olivari, C., & Urra, E. (2007). Autoeficacia y Conductas de Salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15.
- Oliveira A.; Oliveira F.; Quelhas, P. (2010). *Effects of personal, social and environmental factors on physical activity behavior among adults. Revista Portuguesa de Salud Pública.*
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Informe sobre la salud en el mundo 1998 - La vida en el siglo XXI*. Obtenido de <http://www.who.int/whr/1998/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones Mundiales sobre Actividad física para la salud*. Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>
- Orji; Vassileva; Mandryk. (2012). Towards an effective health interventions design: an extension of the health belief model. *J Public Health Inform*, 4(3).
- Paredes Arcila, Cesar; Montoya Torres, Alexander; Vélez Vásquez, Andrés F; Álvarez, Fernando;. (2009). *Actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud desde la perspectiva del proceso y del resultado en los usuarios de los gimnasios de Empresas Públicas de Medellín*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Pérez Samaniego, V., & Devís Devís, J. (2003). La promoción de la actividad física relacionada con la salud. La perspectiva de proceso y de resultado. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 3(10), 69-74.
- Pérez-Samaniego, Iborra Cuellar, A., & Peiró-Velert, C. y. (junio de 2010). Actitudes hacia la actividad física: dimensiones y ambivalencia actitudinal. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 10(38), 284-301.
- Portocarrero, G., & Saenz, M. (2005). *La Mentalidad de los Empresarios Peruanos: Una aproximación a su estudio*. Universidad del Pacífico. Lima: Centro de Investigación BUP- Cendi.
- Raymundo Cruz Rodríguez Guajardo & José de Jesús Salazar Cantú & Ariel Alfonso Cruz Ramos. (2012, 189-206). *Determinantes de la actividad física en México*. México.
- Reigal, R.; Videra, A. y Gil, J. (2014). *Práctica física, autoeficacia general y satisfacción vital en la adolescencia*.
- Resnick, B.; Jenkins, L. (2000). Testing the Reliability and Validity of the Self-Efficacy for Exercise Scale. *Nursing Research*, 49(3), 154-159.

- Rodríguez González, R., Roque Dova, Y., & Molerio Pérez, O. (2002). Estrés laboral: consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. *Revista Internacional de Psicología*, 3(1), 1-19.
- Rodríguez, M., & Vera, S. (2011). *La salud ocupacional como estrategia de competitividad y productividad en las organizaciones*. Bogotá, DC: Universidad de la Sabana.
- Rosenstock, I. (1966). Why people use health services. *The Milbank Quarterly. A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy*, 44(3), 1107-1108.
- Rosenstock, I. (1974). *Historical origins of the health belief model*. Health Education Monographs.
- RovniaK; Anderson; Winett. (2002). *Social Cognitive Determinants of Physical Activity in young adults: A prospective structural Equation Analysis*.
- Sharma, M., & Romas, J. (2011). *Theoretical foundations of health education and health promotion*. 2 ed. Jones & Bartlett.
- Sherer;Mark; Maddux;James. (1982). *The Self-Efficacy Scale: Construction and Validation*. Psychological Report.
- Sherwood, N., & Jeffery, R. (2000). The behavioral determinans of exercise: Implications for Physical Activity Interventions,. *Annual Review of Nutrition*, 21-44.
- Wood, M. (2008). Theoretical Framework to Study Exercise Motivation for Breast Cancer Risk Reduction. *Oncology Nursing Forum*, 35(1).
- Youngstedt, S. (2005). Effects of Exercise on Sleep. *Clinics in Sports Medicine*, 24(2), 355-365.
- Zafra-Tanaka, J., Millones-Sánchez, E., & Retuerto-Montalvo, M. (Diciembre de 2013). Factores sociodemográficos asociados a actividad física y sedentarismo en población peruana adulta. *Revista Peruana de Epidemiología*, 17(3), 1-6.