



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE KINESIOLOGIA

INFLUENCIA EN EL NIVEL DE ACTIVIDAD FISICA DE UNA INTERVENCION GRUPAL CENTRADA EN EL APOYO SOCIAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS QUE ASISTEN A LOS CESFAM DE VILLA ALEGRE, AMANECER Y SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO DE TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE 2011 Y 2012

Tesis para optar al grado de
Licenciado en Kinesiología

AUTORES: CARLA MARTINEZ LEAL
PAULINA SEPULVEDAFIGUEROA

TEMUCO, ENERO DE 2011



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE KINESIOLOGIA

INFLUENCIA EN EL NIVEL DE ACTIVIDAD FISICA DE UNA INTERVENCION GRUPAL CENTRADA EN EL APOYO SOCIAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS QUE ASISTEN A LOS CESFAM DE VILLA ALEGRE, AMANECER Y SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO DE TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE 2011 Y 2012

Tesis para optar al grado de
Licenciado en Kinesiología

AUTORES: CARLA MARTINEZ LEAL
PAULINA SEPULVEDAFIGUEROA

PROFESOR GUIA: JOSSIANA ROBINOVICH

TEMUCO, ENERO DE 2011

Agradecimientos:

En primer lugar quiero agradecer a Dios y a la Mater por guiar mis pasos y por ser la fuente de inspiración y amor de mi vida. Porque sé que siempre caminan a mi lado.

En segundo lugar quiero agradecer a mi familia, en especial a mi mamá por su gran paciencia y entrega con sus hijos, por ser la que cuando estaba cansada me daba animo y me tenía todo listo para poder seguir, por ser simplemente la mejor del mundo, a mi hermano y a mi Mimí porque son parte fundamental de este proceso y la fuerza que hay detrás. LOS QUIERO

DEMASIADO

A mis chanchitas Anita y Pame gracias familia, porque lo son.... Hermanita gracias por siempre estar ahí cuando te necesito.

A mis amigos de de siempre, que no necesito nómbralos a todos pero ellos saben quiénes son, por estar ahí cuando los necesite, por darme ánimo, apoyo

y alentarme a seguir, por ser mi recreación , por abrazarme cada vez que estaba triste y por hacerme reír siempre....

A todas las personas que me apoyaron en este proceso, que se preocuparon y me dieron apoyo... por que fueron muchas las palabras de ánimo y buena onda que recibí.

A mi profesora guía por el apoyo, comprensión preocupación y motivación, por darnos las alas para alcanzar esta meta.

Por último quiero agradecer a mi compañera de tesis chapa por acompañarnos en esta travesía, por aguantar mis locuras y mi colon irritable, porque nos desafiamos con este tema distinto que nos hizo abrir nuestra imaginación y soñar con cosas diferentes. Por ser no solo mi compañera de tesis sino que también mi amiga...

Esta tesis es para ti Mamita... por ser simplemente la mejor.

“Esta vida es un sueño... y yo soñare...”

Paulina Sepúlveda.

*¿Y si en vez de planear tanto
voláramos un poco más alto?*

Mafalda.

Dedicado especialmente a mi Madre por ser el pilar fundamental en mi vida,
por cuidarme, amarme y aguantarme incondicionalmente. Te amo.

A mis abuelos María y Edmundo por apoyarme al emprender mi vida en la
universidad.

A mis Hechores a quienes los quiero infinitamente.

A mis amigos, pocos pero buenos.

A mi profesora guía Jossiana y a mi compañera de tesis Paulina, por el apoyo,
la confianza y el cariño brindado.

Agradecimiento

En forma especial queremos agradecer a nuestra estimada y querida profesora guía, por acompañarnos a lo largo de todo este proceso de aprendizaje, por sembrar en nosotras las inquietudes de descubrir nuevas visiones en nuestro rol de futuras kinesiólogas, por motivarnos y apoyarnos en todo momento de la tesis por su gran disposición y entrega incondicional.

Por no solo ser nuestra profesora guía, sino que la responsable de que descubriéramos que la salud pública es parte de nuestros sueños a realizar en un futuro.

Y principalmente gracias por habernos alentado en nuestros momentos de desesperación y por haber aceptado enfrentar este desafío con nosotras.

Además agradecer al profesor estadístico preferido Don Sergio Muños, por su gran disposición ante todas nuestras dudas, por habernos recibido siempre con una sonrisa a pesar de no haber concertado nunca una cita, gracias por orientarnos y apoyarnos en la parte mas difícil de esta tesis.

Agradecemos a la nuestra Psicóloga Francisca Román por su disposición y orientación en un tema difícil para nosotras siendo alumnas de pregrado, pero muy grato al ser un desafío para nosotras y saber que hay bastante de psicología por aplicar en nuestro trabajo como futuras kinesiólogas.

A los profesionales que participaron de una u otra forma en la realización de esta investigación :

Alba Zambrano

La asistente social

Por su disposición y orientación.

Carla y Paulina

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PÁGINAS
Resumen.....	1
Capítulo I: Descripción del Problema.....	2
1.1. Situación del Sedentarismo a Nivel.....	2
1.2. Factores Asociados a la Inactividad Física.....	4
1.3. Situación del Sedentarismo en Chile.....	9
1.4. Situación de Sedentarismo en la Mujer Chilena.....	12
1.4.1. Determinantes de la Inactividad Física en la Mujer Chilena.....	14
1.5. Apoyo Social: Estrategia para Aumentar el Nivel de Actividad Física.....	17
1.5.1. Definición de Apoyo Social.....	17
1.5.2. Apoyo y Actividad Física.....	18

Capítulo II: Marco Teórico.....	21
2.1. Apoyo Social.....	21
2.2. Niveles de Análisis de Apoyo Social.....	22
2.3. Perspectivas de Estudio.....	23
2.4. Distinción entre Apoyo Recibido y Percibido.....	28
2.5. Estrategias y Niveles de Intervención.....	29
2.6. Factores que Influye en el Apoyo Social.....	30
2.7. Efectos del Apoyo Social.....	31
2.8. Grupos de Apoyo: Fuente de Recursos para el Apoyo Social.....	33
Capítulo III: Revisión de la Literatura.....	36
Capítulo IV: Justificación del estudio.....	39
Capítulo V: Metodología de la Investigación.....	41
5.1. Pregunta de la Investigación.....	41

5.2. Justificación de la Pregunta de Investigación.....	41
5.3. Objetivos de Estudio.....	42
5.3.1. Objetivo General del Estudio.....	42
5.3.2. Objetivo Específicos del Estudio.....	42
5.4. Diseño de Investigación.....	43
5.4.1. Tipo de Diseño.....	45
5.4.2. Flujograma.....	47
5.5. Sujeto del Estudio.....	48
5.5.1. Población Diana.....	48
5.5.2. Población Accesible.....	48
5.5.3. Muestra.....	48
5.6. Reclutamiento.....	49
5.7. Criterios de Selección.....	50
5.8. Tipo de Muestreo.....	50
5.9. Variables.....	51
Capítulo VI: Análisis Estadístico.....	56

6.1. Planteamiento de la Hipótesis.....	56
6.2. Análisis Descriptivo.....	56
6.3. Análisis Inferencial.....	57
6.4. Consideraciones Éticas.....	57
Capítulo VII: Descripción de la Intervención.....	59
Capítulo VIII: Administración y Presupuesto.....	63
8.1. Administración.....	63
8.1.1 Conformación del Equipo de Trabajo.....	63
8.1.2. Responsabilidades del Equipo de Investigación.....	63
8.2. Presupuesto de Estudio.....	65
8.2.1. Gastos Gestionados.....	66
8.2.2. Gastos Operacionales.....	67
8.2.3. Gastos Capitales.....	69
8.2.4. Gastos Totales del Estudio.....	70
8.3. Cronograma de Actividades.....	70

8.4. Carta Gantt.....	72
-----------------------	----

Referencias.....	74
-------------------------	-----------

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario MOS.....	79
--------------------------------	----

Anexo 2: Cuestionario IPAQ.....	81
---------------------------------	----

Anexo 3: Matriz de Clasificación Socioeconómica de los Hogares de Chile, Adimark.....	91
--	----

Anexo 4: Consentimiento Informado.....	92
--	----

Resumen

Objetivos del estudio: Determinar la influencia en el nivel de actividad física una intervención grupal centrada en el apoyo social

Sujetos: Serán parte de este estudio mujeres que estén inscritas en los CESFAM de Villa Alegre, Santa Rosa y Amanecer, que posean entre 40 y 65 años y que cumplan los criterios de elegibilidad.

Método: El presente estudio corresponde a la etapa piloto la cual consistirá en la obtención de los tópicos atinentes a tratar durante las sesiones con las participantes, además de los datos para el cálculo de muestra necesarios para la ejecución del estudio original. La muestra total será de 45 personas, de las cuales se formarán 3 grupos, uno por cada CESFAM.

Las variables objetivo a medir en el estudio serán los niveles de actividad física y los niveles de apoyo social, por medio de los cuestionarios IPAQ y Cuestionario MOS respectivamente.

Conclusiones: Existen estudios en el extranjero que prueban la relación positiva entre el aumento de las redes sociales y apoyo social, con el aumento de los niveles de actividad física. Sin embargo las estrategias que fomentan esta relación positiva aún no están claramente determinadas.

CAPITULO I: DESCRIPCION DEL PROBLEMA.

1.1. Situación del Sedentarismo a Nivel Mundial.

El mundo ha sufrido cambios en el ámbito económico, tecnológico, social y cultural a gran escala en los últimos años. La salud, como fenómeno ligado a variables sociales se ha visto notable y rápidamente afectada por estos cambios. La urbanización, el aumento de la tecnología y la mejora en las expectativas de vida, han traído consigo un cambio en el estilo de vida de la población, convirtiéndonos en una población inactiva y sedentaria, donde el 60% de las personas en el mundo se definen como sedentarios; entendiendo este término como la realización de menos de 30 minutos de actividad física diaria regular, menos de tres veces a la semana. Por lo que actualmente vivimos una transición epidemiológica; en la cual uno de los aspectos que contempla es que hoy en día enfermamos y perecemos de otras causas de muerte que no son las tradicionales.

(1)(2)

La reducción de la actividad física, es decir, el sedentarismo, es consecuencia de la disminución del trabajo físico debido a adelantos tecnológicos, en el uso cada vez mayor de transporte automotor, automatización de los vehículos y reducción del gasto energético en la operación de maquinarias y vehículos (cierres y ventanillas electrónicas p. ej.), uso de ascensores y escaleras mecánicas, reducción del tiempo dedicado a jugar al aire libre, por inseguridad en los vecindarios y preferencia de los juegos electrónicos y la televisión. ⁽³⁾

El sedentarismo se relaciona con diversas condiciones mórbidas, y conjuntamente con los malos hábitos alimenticios y el consumo de tabaco, que constituyen los factores de riesgo conductuales de enfermedades cardiovasculares. Estos factores entre otros, han determinado finalmente la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, alteraciones de la salud mental, cáncer y enfermedades cardiovasculares, siendo esta última la principal causa de muerte en la población, correspondiendo al 30% de las defunciones a nivel mundial. Es así como se espera que para el 2015 aproximadamente 2300 millones de personas sufran enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). A nivel mundial se ha estimado que la inactividad física causa en conjunto 1,9 millones de defunciones.

(4)

Es por ello la urgente necesidad de generar un cambio de este estilo de vida; a través de la práctica de ejercicio regular o el aumento en los niveles de actividad física. Según el Informe Mundial de Salud (2002) las personas tienen la oportunidad de mantenerse físicamente activa en cuatro sectores principales de la vida diaria: el trabajo (especialmente si se relaciona a una actividad manual); el transporte (por ejemplo, caminar o ir en bicicleta al trabajo); las tareas domésticas (por ejemplo, ocuparse de los quehaceres de la casa o buscar leña); y el tiempo de ocio por ejemplo, participar en actividades deportivas o recreativas.

La actividad física reduce el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y diabetes tipo 2. En general, mejora el metabolismo de la glucosa, reduce la grasa en el organismo y disminuye la tensión arterial; posiblemente son éstos los principales mecanismos que reducen el riesgo de

enfermedades cardiovasculares y de diabetes. Además puede reducir el riesgo de cáncer de colon, pues influye en las prostaglandinas, reduce el tiempo de tránsito intestinal y eleva los niveles de antioxidantes. La práctica de actividad física se asocia también a un riesgo menor de cáncer de mama, quizá por sus efectos en el metabolismo hormonal. Mejora la salud músculo esquelética, ayuda a desarrollar y mantener la masa ósea y la masa muscular, permite controlar el peso corporal y reducir los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, por lo tanto reduce el riesgo de una muerte prematura. ⁽⁴⁾

1.2. Factores Asociados a la Inactividad Física

El hecho de conocer la prevalencia del sedentarismo en el mundo basta para darnos una idea de la dimensión del problema. El estudio de los factores y condicionantes asociados a la actividad física, nos permite establecer qué grupos específicos de riesgo existen y qué elementos caracterizan la adopción de un estilo de vida activo.

Para la descripción de los elementos que determinan la adopción de un estilo de vida activo, vamos a seguir el modelo ecológico de los determinantes de práctica de actividad física de cuatro dominios de Sallis et al. (Figura 1), en el que encontramos el contexto social, cultural y político en primer lugar, seguido por el medio ambiente físico y las relaciones interpersonales en segundo lugar, y por último, las características intrapersonales como determinantes de la conducta individual.

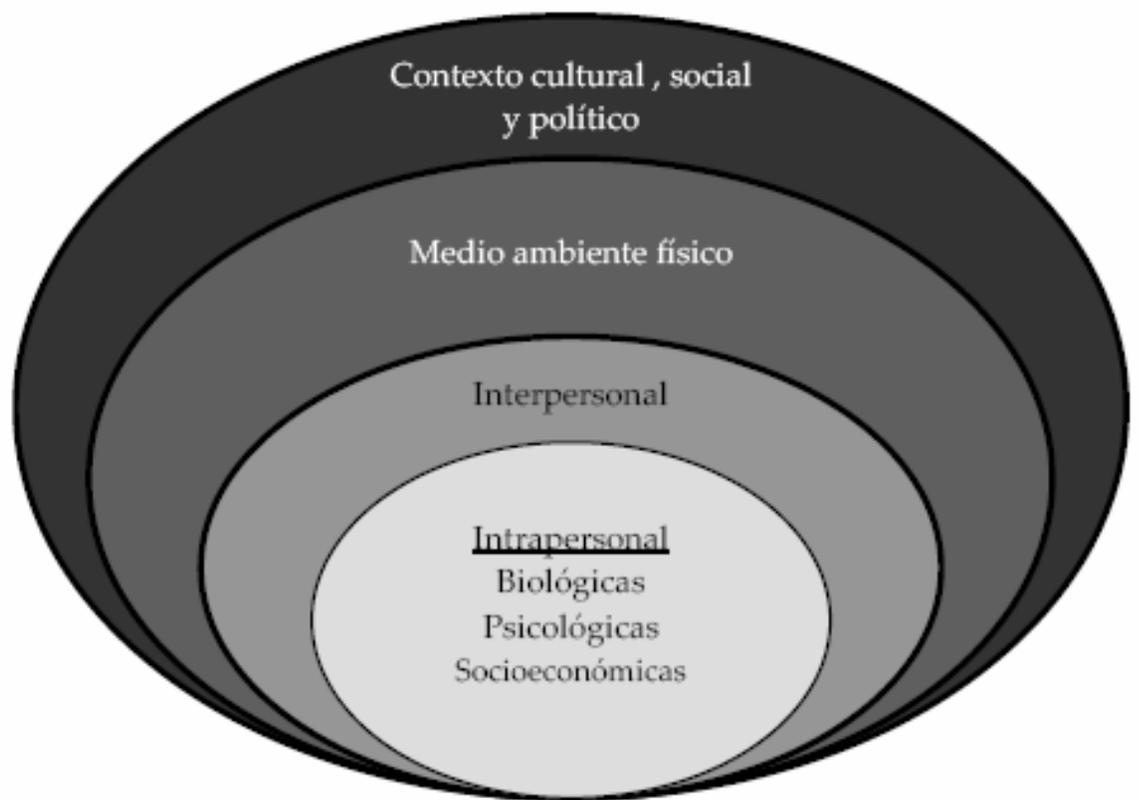


Fig. 1. Modelo ecológico de cuatro dominios para la adopción de un estilo de vida activo.

a) Variables socioculturales.

Las características biológicas y los aspectos culturales parecen determinar la cantidad de actividad física que realiza una persona, estas hacen referencia a la raza o etnia respectivamente. La cultura es un eje importante en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso salud y enfermedad. Esta considera el nivel y carácter de las expectativas, las percepciones y conductas que cada individuo tiene frente a este proceso. Antropológicamente se define como un complejo y dinámico conjunto de creencias y conocimientos, valores y conductas

aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. ⁽⁵⁾

El factor geográfico también puede determinar ciertas diferencias concretas en la práctica de actividad física, como pueden ser las características del entorno y otras relacionadas a él, como la existencia de facilidades para llevar un estilo de vida activo, así como la habilitación de espacios públicos y seguros para la práctica de deportes, cercanos a la comunidad y equipados de acuerdo a sus necesidades, sumado a las políticas de promoción de actividad física, currículum de la educación física escolar existente, nivel socioeconómico de la zona, etc. ya sea por países o bien por contextos dentro de una misma región, lo que puede determinar el nivel de actividad física de la población.

En relación a las minorías, dentro de las sociedades occidentales se observa que las mismas padecen con más frecuencia de sedentarismo entre sus miembros, debido no sólo a que pertenecen a una clase social diferente sino también, probablemente, a aspectos del proceso de adaptación a una nueva cultura o lugar de residencia.

b) Medio ambiente físico y entorno de residencia

El contexto de residencia puede desempeñar una influencia muy significativa en las pautas de actividad física de las personas que viven en él. Los elementos ambientales que facilitan la práctica habitual son la oferta y facilidad para la práctica, tanto la real como la percibida, y la consecuente satisfacción con esa

oferta de actividades, un clima adecuado (mejor la primavera y el verano), un paisaje agradable, ver cómo otras personas practican ejercicio físico en el mismo entorno, la seguridad en el vecindario, la iluminación, y las zonas agrestes próximas.

c) Relaciones interpersonales: importancia de los otros significativos

El entorno afectivo próximo, entendido como las personas con las que alguien mantiene relaciones sociales frecuentes (padre, madre, pareja, hijos, hermanos, amigos), puede llegar a condicionar la práctica de actividad física habitual, con diferentes matices. En los niños de menor edad, los padres pueden desempeñar un papel importante al facilitar las conductas relacionadas con el ejercicio durante el tiempo libre, mientras que entre adolescentes cobran más relevancia el grupo de amigos. El soporte de padres, hermanos y amistades supone un incentivo para llevar un estilo de vida activo, ya que las personas son más activas si alguien cercano al entorno social proporciona una visión positiva del ejercicio físico durante el tiempo libre, como en el caso de la prescripción médica, que influye positivamente en la práctica deportiva durante el tiempo libre. En el lado opuesto, la soledad se relaciona de forma negativa con la práctica habitual de ejercicio físico; entre los adultos, las personas viudas son más sedentarias que las casadas.

d) Características intrapersonales.

La edad parece mostrar una relación marcada con la actividad física, la práctica va aumentando hasta llegar a la pubertad, para luego disminuir a medida que avanza. El género influye también de forma significativa, ya que los varones practican más

deporte y ejercicio físico que las mujeres, debido a las diferentes motivaciones de la práctica de este.

Los factores socioeconómicos personales pueden determinar de un modo u otro las conductas relativas a un estilo de vida activo, tanto el nivel económico y educativo como el estatus social y laboral son factores influyentes (los trabajadores manuales son menos activos en su tiempo libre que los trabajadores de oficina), encontrando que el estilo de vida es más activo cuando mejor es la situación de una persona en este sentido.

El consumo de tabaco se asocia con más frecuencia a un estilo de vida sedentario, mientras que la relación con el consumo de alcohol y otras sustancias nocivas no siguen el mismo patrón que el tabaquismo. Otras características relacionadas, como el sobrepeso y la obesidad, influyen negativamente.

En cuanto a factores de índole emocional, psicológico o cognitivos importantes, encontramos que la mayoría se asocian con un patrón adecuado de actividad; son los relacionados con el disfrute de las propias actividades, el dominio competente de las mismas y la eficacia percibida, las expectativas de beneficios que se atribuyen a la actividad practicada, la intencionalidad de ser activo, una buena percepción de la propia salud y la condición física, bienestar emocional y psicológico y la motivación por la práctica y un buen autoconcepto relacionado con el ejercicio físico. Entre los que se asocian a un patrón sedentario encontramos la falta de tiempo libre, las barreras percibidas para la práctica y una percepción pobre de la propia imagen corporal. ⁽⁶⁾

De acuerdo a todo lo anteriormente expuesto, entenderemos que entre los factores que inciden en la práctica actividad física, existen diferencias significativas en relación al nivel socioeconómico y educacional, los cuales influyen en forma inversa a la práctica de dicha actividad, además del género, pues a nivel mundial es la población femenina la que presenta los mayores índices de sedentarismo y la edad que a medida que aumenta los niveles de actividad física descienden, por lo que finalmente concluiremos que las mujeres adultas de nivel socioeconómico bajo son en las que encontraremos la mayor prevalencia de sedentarismo. ⁽⁷⁾

1.3. Situación del Sedentarismo en Chile

Nuestro país, al igual que el resto del mundo se ha visto afectado por esta transición epidemiológica, las Enfermedades no Transmisibles (ENT), representan el 73% de las causas de muertes en adultos, un 42% de la población fuma y un 90% de la población no realiza actividad física regularmente, siendo superior en el sector rural (94.3%) que en el urbano (90.7%). ⁽⁸⁾

Consecuentemente, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en nuestro país. La Encuesta Nacional de Salud ⁽⁹⁾ señala que el 54,9% de los chilenos tiene riesgo cardiovascular de acuerdo a la clasificación de Framingham; los hombres con un 64,2% y las mujeres con un 46,2%. De los 87.000 fallecimientos que en promedio se producen en Chile cada año, 27 mil son

por causa vascular y 7 mil de ellas por un Infarto Agudo al Miocardio (IAM). El mayor riesgo se encuentra en el rango etáreo entre los 35 y los 50 años.

Un elemento para tener en consideración frente a este fenómeno, es que Chile se encuentra inmerso en una dinámica cultural, social y económica que contribuye a la práctica de estilos de vida poco saludables. Factores como la desigual distribución del ingreso, la rápida urbanización, el aumento de la disponibilidad de medios de transporte de fácil acceso y bajo costo, la disminución de espacios adecuados para la recreación física y la práctica de deportes, cambios en la producción agroalimentaria, el avance tecnológico, la mayor influencia de los medios masivos de comunicación, los problemas de violencia y desigualdad social y la incorporación de la mujer al mundo laboral, inciden en las prácticas alimentarias y de actividad física de la población. Es por ello que en Chile, al igual que ocurre en otros países de mayor nivel de desarrollo, es el sedentarismo el estilo de vida imperante.

Los elevados índices de inactividad física en nuestro país colaboran indirectamente a la existencia de 3,4 millones de personas obesas, las que superarán los 4 millones al año 2010, de continuar la tendencia actual. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud ⁽⁹⁾ del 2003 el 23% de la población mayor de 17 años presenta alguno de los siguientes factores de riesgo de ECV: obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, intolerancia a la glucosa, síndrome metabólico. Estos índices no se distribuyen homogéneamente en la población, ya que son más vulnerable aquellos que pertenecen a niveles socioeconómicos y educacionales más bajos.

En estos últimos 10 años se han generado logros y avances en aspectos socioeconómicos, culturales y político-institucionales, lo que ha permitido reducir la pobreza Encuesta Casen, 2006 ⁽¹⁰⁾. Sin embargo, si comparamos las dos últimas Encuestas Nacionales de Presupuestos Familiares, se observa que gran parte del aumento de los ingresos obtenidos por los quintiles más pobres, se ha destinado a la compra de televisores, computadores, electrodomésticos, teléfonos y vehículos, elementos que contribuyen a aumentar aún más el sedentarismo. ⁽¹¹⁾

En Chile, el sedentarismo afecta principalmente al género femenino y a las personas de NSE bajo. Esta situación puede responder a causas socioeconómicas y culturales, lo que se explicaría por diferencia de género en la valoración cultural de la actividad física y la recreación, el menor acceso a la práctica de actividad física y el déficit o inseguridad de los espacios públicos para la recreación y deportes. ⁽¹¹⁾

Por lo que finalmente entenderemos que elegir la práctica de un estilo de vida saludable no sólo depende de una decisión personal y de disponer de la información suficiente, sino también de otros factores importantes que compiten con la decisión informada; tales como el ambiente en que está inmerso la persona, que está determinada por el marketing, factores económicos, dinámicas culturales, conveniencia y tiempo disponible, por citar algunos, así como también por las necesidades, las ambiciones, las responsabilidades, las percepciones y inclusive hasta los gustos, los que deben considerarse para plantear intervenciones exitosas. ⁽¹¹⁾

Es por ello que intervenciones que no contemplen todos los aspectos de la práctica de actividad física, ya sea el contexto social, cultural y económico de los individuos no son efectivos, ni capaces de provocar cambios en el estilo de vida de las personas.

1.4. Situación del Sedentarismo en la Mujer Chilena

En Chile el total de la población femenina asciende a 7.669.000, que corresponde a un 50.73% del total de población nacional. Las mujeres de más de 18 años representan el 54.41% del total de la población femenina y un 27 % con relación a la población nacional. ⁽¹²⁾

Estudios en mujeres latinoamericanas revela que las mujeres chilenas presentan el mayor grado de obesidad. Organización Panamericana de la Salud (1999). En las dos últimas encuestas sobre actividad física en Chile, en el año 2000, la población femenina sedentaria es de un 91% a nivel nacional. La encuesta CASEN 2006 ⁽¹⁰⁾ indica que la práctica de actividad física o deporte es directamente proporcional al nivel de ingresos y al educacional. Todo esto ha desencadenado que los factores condicionantes de las enfermedades crónicas no transmisibles sean muy elevados en Chile y se estén incrementado cada vez más, como quedó demostrado en la Encuesta Nacional de Salud 2003 ⁽¹³⁾. La hipertensión está presente en el 33,7% de las chilenas; un 35,4% de esta población tiene el colesterol elevado; el 23,3 % es obeso y un 42% de la población fuma.

La mujer chilena en las últimas décadas ha sufrido algunos cambios importantes en su desempeño laboral, social y familiar. Se han sumado nuevos roles y responsabilidades, lo que la expone a situaciones de mayor exigencia y riesgo de estrés, tal como lo vemos en la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (2006) ⁽¹⁴⁾, donde el 40% de la población ha sufrido de estrés, siendo mayor en las mujeres de nivel socioeconómico bajo, ya no sólo predomina el rol de madre, sino que además se han incorporado otros roles como el de trabajar fuera del hogar. La reducción del tiempo libre, debido a esta incorporación al mundo laboral, ha modificado sus distintos hábitos, observándose una reducción de actividades que involucran un gasto calórico, a esta situación se agrega un cambio de alimentación, debido a comidas de preparación más rápida, pues el tiempo es limitado, las que han dado como resultado un importante aumento de la prevalencia del sobrepeso y obesidad en este grupo poblacional. ⁽¹¹⁾

Según el estudio: “La mujer sedentaria en relación a la práctica de deportiva en Chile” ⁽¹⁵⁾ realizado por la Universidad de Chile en conjunto con Chile Deportes, el Sedentarismo en mujeres de nuestro país, tiene tres variables fundamentales que influyen directamente sobre el aumento o disminución de este: edad, nivel socioeconómico y educacional. En relación a la edad; se constata una clara tendencia que indica que con el aumento de ésta las mujeres chilenas tienden a aumentar sus hábitos sedentarios de vida, de manera que en el tramo de los 18 a los 44 años, el promedio de inactividad física es de 78.3%. Entre los 45, 66 y más años se presenta un promedio de inactividad de 89%, según el nivel educacional: las mujeres que presentan menor nivel de estudios (promedio 89.4%), tienden a

registrar mayores niveles de sedentarismo, en comparación a quienes han proseguido estudios superiores. (Promedio 80%). Y por último el nivel socioeconómico: las diferencias se encontrarían entre los grupos extremos, siendo las mujeres de menor nivel socioeconómico encuestadas quienes registran mayores niveles de sedentarismo (84.3%) en comparación a las mujeres encuestadas de mayor nivel socioeconómico (ABC1) (76.7%). Siendo la edad el determinante con más importante.

En conclusión, de acuerdo al tramo etario de las mujeres y su acceso a educación y niveles superiores de ingresos, el sedentarismo disminuye pero no en cifras significativas pues en todos los rangos sobrepasa el 75%.

1.4.1. Determinantes de la Inactividad Física en la Mujer Chilena.

Según lo expuesto anteriormente y sumado a los resultados del estudio realizado por la Universidad de Chile junto con Chile Deportes ⁽¹⁵⁾, indicaría que este comportamiento está relacionado más bien con los factores propios de la mujer chilena, de sus procesos de socialización y los principales obstaculizadores de la actividad física que a continuación se describen:

a) Límites y Obligaciones de Género: Actualmente las mujeres enfrentan una serie de exigencias e imposiciones de roles como: trabajar fuera de la casa, las tareas del hogar, la condición de madre, que les impiden un tiempo de ocio; y la práctica deportiva se asume como una actividad a desarrollar en este espacio,

efectuarla significa restar tiempo a otras actividades, opción por la cual se deben decidir. De estas exigencias, el compromiso con sus hijos, se presenta como un obstáculo para involucrarse en una actividad, porque aún persiste una cierta culpabilidad, que no se percibe en el género masculino. Este posee una independencia respecto al tiempo dedicado a la unidad familiar del tiempo de ocio particular y no es vetado por ello.

b) Representaciones Permitidas: Suelen asociarse a tipos de deportes o actividad física según el sexo, para los hombres las actividades deportivas poseen una clara acentuación en lo competitivo, en contraparte, para las mujeres se busca desarrollar la armonía y fluidez, una racionalidad afectiva que determine sus comportamientos.

El quiebre de estos patrones es permitido pero no es bien visto, ya que al efectuar ciertos tipos de deportes, se acentuaría la pérdida de la femineidad, de la figura femenina clásica, de la "sensibilidad" mínima que se espera de una mujer, el límite, por lo general, se define por la cantidad de contacto físico aceptable.

c) Inculcamiento de la Constancia: La forma en que los sujetos reproducen un hecho, se debe en gran medida a los hábitos y costumbres que han adquirido durante toda una vida, en especial lo aprendido en la niñez. Aún en nuestra sociedad, existe una notoria diferencia en la forma en que se enseña e inculca el deporte entre los niños y las niñas, ellas no poseen un patrón estable a imitar, no se les crea el hábito que permita tener constancia y perdurabilidad en el tiempo. Es el

niño quien es llevado a recintos deportivos, la niña recrea en sus actividades las funciones asignadas al rol, como jugar a cocinar.

El reforzar hábitos deportivos en las mujeres, potencia no solo que ellas mantengan un estilo de vida saludable sino que a la vez permite que se regenere dicha disposición en sus hijos.

d) Sociabilidad Intragénero: El carácter gregario de la mujeres predomina por sobre el espíritu de competitividad, ellas buscan un espacio de relajación y sociabilidad que no tenga como fin competir, sino más bien a compartir y distraerse de la rutina diaria que las agobia. El estar en grupo no sólo convierte la actividad física en algo más entretenido sino también más seguro. Es aquí donde la mujer busca en otros la necesidad de afecto y pertenencia que según su género necesitan.

Además es importante destacar que la mujer chilena busca en el ejercicio principalmente, mejorar su apariencia física por sobre la salud, pues los medio de comunicación de masas influyen en el concepto de belleza, buscan resaltar su feminidad, ya que nuestra sociedad como dijimos antes marca socialmente estereotipos según género, es importante agregar que para encontrar un trabajo es fundamental la apariencia, por eso las mujeres buscan en el ejercicio un cuerpo socialmente aceptable, así como también sentirse menos culpables, pues en honor al tiempo muchas veces no es la comida saludable la que prima en elección.⁽¹²⁾

1.5. Apoyo Social: Estrategia para Aumentar el Nivel de Actividad Física.

Uno de los factores interpersonales más importante que influyen en la práctica de actividad física, el cual deriva de las relaciones sociales y es de relevante importancia en contextos relacionados con los procesos de salud - enfermedad, es el apoyo social, involucra el entorno próximo de las personas así como también la forma en que enfrentan los desafíos, tareas, responsabilidades, roles y decisiones que se les presentan en su diario vivir. ⁽¹⁶⁾

La OMS desempeña un papel muy activo en la promoción de grupos de apoyo social en el mundo entero, pues ha reconocido los beneficios en el ámbito de la salud tanto para los individuos como para la sociedad. ⁽¹⁷⁾

1.5.1 Definición de Apoyo Social.

Para poder comprender las dimensiones del apoyo social es necesario definirlo. Lin & Ensel (1989) ⁽¹⁸⁾ ofrecen una definición que reconoce la situación cotidiana o de crisis en la que el apoyo se recibe o se percibe, por lo que queda definido como el proceso por el cual los recursos de la estructura social (comunidad, redes sociales y redes íntimas) permiten satisfacer necesidades en situaciones cotidianas y de crisis.

No obstante, la mejor definición de apoyo social está dado por la experiencia individual, ya sea entregando o recibiendo apoyo podemos comprender la real magnitud de lo que significa al momento de enfrentarnos a situaciones nuevas y complicadas. ⁽¹⁷⁾

Se entiende el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. En su definición los autores describen los tres niveles de análisis necesarios para su estudio, si bien a la hora de obtener apoyo, los tres niveles están interconectados.

Lin et al. (1979 ⁽¹⁹⁾, 1981 ⁽²⁰⁾), los cuales se enumeran a continuación:

- 1.- Incluye varios niveles de análisis: comunitario, redes sociales y relaciones íntimas.
- 2.- Se distinguen en su estudio varias perspectivas: estructural, funcional y textual.
- 3.- Se diferencia entre aspectos subjetivos y objetivos de dichos intercambios.

1.5.2. Apoyo y Actividad Física

Varios estudios han demostrado que las mujeres necesitan apoyo y estímulo por parte de personas significativas en su vida a la hora de desarrollar actividad física, tales como su familia, cónyuges y amigos, por lo que ha quedado establecido que las mujeres que presentan un mayor apoyo social son más propensas a ser significativamente activas que las que no cuentan con esta ayuda. Es por ello que el apoyo social ha sido considerado un factor positivo en la

adherencia al ejercicio, pues las mujeres tienen un mayor nivel de confianza y seguridad al sentirse respaldadas por sus seres queridos ⁽¹⁷⁾.

Otras fuentes importantes de motivación para la actividad física en las mujeres, más allá de la familia y los amigos, son los profesionales de la salud, así como los compañeros en el ambiente de trabajo o también personas que pertenecen y comparten una misma fe en el caso de que participe de una comunidad ⁽¹⁷⁾.

Tener a alguien con quien hacer ejercicio o participar en un grupo donde se realice actividad física es considerado un facilitador de dicha actividad en las mujeres ⁽¹⁷⁾.

Las principales áreas en donde las mujeres necesitan este tipo de apoyo y asistencia es en aquellas que involucran múltiples roles, los cuales limitan también su participación en actividades físicas, por lo que si se les brinda apoyo en estas áreas es probable que tengan más tiempo disponible para practicar ejercicio, según lo demostró Milk-r V. Trost S, citado en Brown (2002) a través de intervenciones como el cuidado de los niños entre las participantes, la realización de actividad física en familia y también madre e hijo paralelamente, mejorando el apoyo de la pareja en el cuidado de los niños, la formación de grupos de actividad física donde las mujeres van rotando la responsabilidad del cuidado de los niños y finalmente la autogestión de las madres para conseguir las instalaciones y los instructores por un precio accesible, el objetivo principal de estas intervenciones fue apoyar estas necesidades de las mujeres logrando incrementar significativamente el comportamiento activo de las mismas. ⁽²¹⁾

Para concluir y en base a todo lo que hemos planteado anteriormente, una intervención basada en el apoyo social y que considere los determinantes de actividad física en las mujeres chilenas tendría una mayor posibilidad de éxito que una intervención que no lo incluya. Así estas consideraciones nos permitirían fomentar una conducta activa y la realización de actividad física en las mujeres, ya que otorgaría a las mismas la confianza, seguridad y asistencia en las tareas que debe desarrollar a diario para facilitar así la decisión de iniciar y mantener una vida más activa, además de ser una experiencia novedosa.

De acuerdo a todo lo anteriormente expuesto, queda de manifiesto la importancia, de realizar intervenciones para mejorar el nivel de actividad física de la población femenina de nivel socioeconómico bajo, sin embargo queda claro que una intervención netamente educativa no es suficiente, debe considerarse entonces los determinantes y condicionantes de esta conducta para lograr una intervención exitosa y sustentable en el tiempo. De este modo formularemos nuestra pregunta de investigación:

¿Influye en el nivel de actividad física una intervención grupal centrada en el apoyo social en mujeres de 40 a 65 años que asisten a los CESFAM de Villa Alegre, Amanecer y Santa Rosa durante el periodo de tiempo comprendido entre 2011 y 2012?

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Apoyo Social

Los fundadores del concepto de apoyo social son Cassel, Caplam y Cobb a mediados de los años setenta. A partir de ellos se han estudiado los efectos del soporte social en la salud y el bienestar, de distintos tipos de relaciones en sus diferentes niveles de análisis desde la integración social hasta sus relaciones íntimas, investigando los aspectos tanto estructurales como los funcionales. Se han observado repetidamente que existe una relación positiva entre el apoyo social y la salud física, por ejemplo menor incidencia en enfermedades coronarias, menor número de ataques de asma, entre otros. Además, este acceso a relaciones íntimas o redes sociales positivas se ha asociado con el bienestar psicológico y la ausencia de depresión, modera los efectos negativos del estrés laboral y el desempleo. El acceso a una red social positiva ha demostrado ser un mejor predictor de éxito en la integración comunitaria que otros tratamientos para pacientes con problemas físicos y mentales. El entrenamiento en habilidades ha demostrado ser relativamente inefectivo para influir en conductas arraigadas en madres con pocos ingresos, a menos que se utilice al mismo tiempo una estrategia interventiva basada en los contactos sociales. Por lo tanto se considera la evidencia empírica acerca de la importancia del apoyo social como un recurso poderoso para la prevención y mejora del bienestar físico y psicosocial de las personas. ⁽²²⁾

Más recientemente, Lin & Ensel en 1989 ⁽¹⁸⁾, ofrecieron una definición de apoyo social que recoge la situación cotidiana o de crisis en que el apoyo se recibe o se

percibe definiéndolo como el proceso (percepción o recepción) por el cual los recursos en la estructura social (comunidad, redes sociales y relaciones íntimas) permiten satisfacer necesidades (instrumentales y expresivas) en situaciones cotidianas o de crisis. ⁽¹⁷⁾

2.2. Niveles de Análisis de Apoyo Social.

Para una mejor comprensión del apoyo social se ha identificado tres niveles de análisis, que definiremos a continuación por separado, pero siempre considerando que éstos interactúan entre sí.

El primer nivel de análisis estaría ocupado por la comunidad, haciendo referencia a la integración social, regulación normativa y orden social que ésta ofrece, dando significado a la propia existencia y protegiendo a la persona contra la incertidumbre, que en último extremo daría lugar a un funcionamiento desordenado. Así se toma como medida de integración social la pertenencia a clubes, asociaciones comunitarias, entre otras.

Un segundo nivel de análisis lo constituyen las redes sociales, que aportarían el sentido de relaciones y de unión con los demás. Para que el apoyo se pueda concretar es necesario de estas redes familiares, y comunitarias para que faciliten y aseguren un intercambio afectivo entre las personas y sus contactos. En este nivel, se suelen incluir todos los contactos sociales que mantienen las personas, así como sus propiedades: tamaño, densidad, homogeneidad, entre otras.

En este punto es importante definir el concepto de red social como los grupos sociales significativos y el entorno afectivo próximo, a los que se pueden expresar sentimientos íntimos y como compañía humana (Mansilla 1993) ⁽¹⁷⁾. Entonces, la red social hace referencia a las características estructurales de las relaciones sociales, mientras que el concepto de apoyo social hace referencia a las funciones que desempeña esa red y a sus posibles efectos en el bienestar individual.

El tercer nivel de análisis correspondiente al más íntimo, al que proporciona un sentimiento de vínculo más estrecho, en el cual se esperan intercambios recíprocos y mutuos y también en el que se comparte una responsabilidad por el bienestar de los otros. ⁽²²⁾

2.3. Perspectivas de Estudio.

Las diversas conceptualizaciones existentes sobre el término de apoyo social en función de sus diferentes dominios, han dado lugar a un importante contingente de estudios realizados con enfoques y técnicas muy diversas y por tanto, con una dificultosa evaluación y comparación de resultados. En general, parece aceptado el estudio del soporte social desde tres perspectivas: estructural, funcional y contextual. ⁽¹⁶⁾

Desde la perspectiva *estructural*, se ha definido el apoyo social en términos del número de determinadas relaciones claves que mantiene el sujeto (amigos, familiares, entre otros.), frecuencia de contacto entre los mismo, entre otros aspectos. A partir de esta mirada se asume que la sola existencia de relaciones

sociales es equivalente a obtener apoyo de las mismas, siendo de mayor beneficio para la salud aquellas de mayor tamaño reciprocidad, densidad y homogeneidad.

Según Phillips (1981) y Veiel & Cols (1988) citados en Barrón ⁽²²⁾, el tamaño de la red se relaciona positivamente con la salud y el bienestar, teniendo las redes más amplias efectos más beneficiosos que las redes más pequeñas.

En cuanto a la densidad ésta hace referencia la interconexión entre las personas que forman parte de la red independientemente del sujeto central, siendo aquellas menos densas las que fomentan mayor bienestar ⁽²²⁾.

La reciprocidad consiste en el grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relaciones entre dos personas ⁽²²⁾. Las relaciones recíprocas promueven más la salud que aquellas que el sujeto focal inicia siempre el contacto ⁽²³⁾.

Por homogeneidad se entiende la semejanza o congruencia entre los miembros de la misma red en una dimensión determinada: actitudes, experiencias, valores. Las personas que forman parte de las redes homogéneas cuentan con interacciones más reforzadas ⁽²²⁾.

La perspectiva *funcional* conceptualiza el apoyo social acentuando las funciones que cumplen las relaciones sociales, enfatizando los aspectos cualitativos y los sistemas informales de apoyo ⁽²²⁾.

Respecto a las funciones que desempeñan estos intercambios, Barrón destaca tres de carácter fundamental:

a) ***Función de apoyo emocional:*** se refiere a la disponibilidad de alguien con quien hablar e incluye aquellas conductas que promueven los sentimientos de bienestar afectivos, y que provocan que la persona se sienta querida, respetada y con la creencia de contar con otros capaces de proporcionarles cariño y seguridad. El mecanismo a través del cual el apoyo social emocional fomenta la salud y el bienestar no se conoce bien, pero se han hipotetizado varias posibilidades, en primer lugar en un efecto en la autoestima, ya que un elemento importante de este recurso es la experiencia de sentirse aceptado y valorado por otros. Así mismo las conversaciones con otras personas que son fuentes de apoyo, muestra que problemas compartidos con los demás y que quizás sean relativamente frecuentes en la población disminuye la gravedad percibida. Esta función indaga el componente subjetivo del apoyo social.

Numerosos estudios ⁽²¹⁾ han dado a conocer que las mujeres necesitan apoyo y estímulos de personas importantes en sus vidas, al momento de realizar actividad física, por lo que se ha logrado concluir que las mujeres que poseen un mayor apoyo social emocional son más propensas a ser significativamente activas que las que no lo poseen. Por lo que el apoyo social ha sido considerado un factor positivo a la hora de iniciar actividad física ya que este otorga mayores niveles de confianza y seguridad.

b) ***Función de apoyo tangible:*** se define como acciones o materiales proporcionados por otras personas y que sirven para resolver problemas prácticos y/o facilitan la realización de tareas cotidianas: ayudar en las tareas domésticas, cuidar niños, prestar dinero, entre otros.

Este tipo de apoyo se relaciona con el bienestar al disminuir las sobrecargas de las tareas y dejar tiempo libre para actividades de ocio, como la realización de actividad física. La entrega de ayuda debe ser apropiada ya que las personas son reacias a este tipo de apoyo a no ser que estén implicadas en una red de intercambios mutuos, en el caso de percibir la ayuda como inadecuada este apoyo puede aumentar el estrés y malestar al hacer sentir al sujeto en deuda o amenazado en su libertad.

c) ***Función de apoyo informacional:*** Consiste en orientar e informar de la mejor manera a las mujeres a través charlas y medios que permitan centrarla en la actividad física en todos los ámbitos del conocimiento. ⁽²¹⁾

Si combinamos estos tres tipos de apoyo lograremos incrementar la participación de las mujeres en la actividad física, pues contarán con las herramientas necesarias para sentirse respaldadas y apoyadas en los diversos roles que desarrolla.

Estas funciones descritas anteriormente son las más destacadas en la literatura, siendo difícil a su vez distinguirlos individualmente debido a que en una relación a menudo se provee de múltiples tipos de soportes.

Para nuestra intervención consideraremos estas tres funciones ya que permitirá mayor ayuda y se complementaran al momento de iniciar la actividad física, dándoles un amplio respaldo a las mujeres.

La perspectiva *contextual* debe considerar los contextos ambientales y sociales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido, para establecer un adecuado modelo de relación entre apoyo social y bienestar:

- a) ***Características de los participantes:*** ya que en función de su procedencia de una fuente u otra el mismo tipo de apoyo puede ser efectivo o no, en este sentido parece que el apoyo de los amigos es más útil al enfrentar problemas no familiares mientras que para problemas de salud es más efectivo el apoyo familiar.
- b) ***Momento en que se da el apoyo:*** dado que las necesidades de ayuda difieren según se afronta la situación estresante, es decir, que el apoyo que es adecuado en un momento concreto puede no serlo en otro. El afrontamiento con el estrés es un proceso que puede implicar la necesidad de distintos tipos de apoyo en momentos diferentes.
- c) ***Finalidad:*** Es la adecuación entre el apoyo que se da y las necesidades suscitadas por el problema concreto. Es decir, diferentes problemas

requerirán distintos tipo de apoyo, según plantean Cohen y Makay (1984) citados en Barrón 1996. ⁽²²⁾

2.4. Distinción entre Apoyo Recibido y Percibido

Autores como Cassel y Cobb citados por Fernández 2005 ⁽¹⁶⁾ conceptualizan el apoyo social en términos cognitivos, tomando en consideración la dimensión subjetiva del mismo (*Apoyo Percibido*), ya que es esta percepción precisamente, la que se considera promotora de la salud. La importancia de esta distinción, radica en que algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, y en ausencia de percepción de un apoyo disponible, éste no podrá ser utilizado.

Cobb 1976 ⁽²⁴⁾ concibe el apoyo social subjetivo o percibido como información perteneciente a una de estas tres clases:

1. Información que lleva al sujeto a creer que cuidan de él y que es amado.
2. Información que le lleva a creer que es estimado y valorado.
3. Información que lleva al individuo a creer que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas.

En cambio el apoyo recibido u objetivo, ya no es cognitivo; se evalúa normalmente de forma retrospectiva, preguntando al sujeto que apoyo concreto recibió en un momento determinado.

La clave de un intervención basada en apoyo social es utilizar ambas distinciones (objetivo y subjetivo), pues así lograremos el sentimiento de respaldo y a su vez podremos objetivarlo por medio de cambios reales en el diario vivir.

2.5. Estrategias y Niveles de Intervención:

Con respecto a los contextos donde pueden desarrollarse las distintas iniciativas de intervención basadas en el apoyo social, Gottlieb (1988) ⁽²⁵⁾ ha desarrollado una tipología de intervenciones cuya organización se articula en distintos niveles de intervención: individual, diádico, grupal, social y comunitario. En general el objetivo de estas intervenciones, es optimizar los recursos psicosociales que las personas intercambian en el contexto de las relaciones con los miembros del grupo social primario. La variaciones en las estrategias de intervención para lograr este objetivo dependen de un amplio número de factores, entre los que se incluyen las exigencias de las situaciones, la estructura y recursos de los vínculos sociales, obstáculos prácticos que limitan los cambios en el entorno social y, no menos importante las preferencias de los responsables de la planificación de la intervención Gottlieb (1992).

La intervención a considerar en nuestro estudio tiene relación con el nivel grupal, en donde el objetivo se dirige a la optimización de la red social de las personas ya existentes o a la creación y movilización del apoyo de nuevos vínculos sociales por ejemplo mediante la creación de grupos de apoyo. En general las intervenciones grupales tienen como objetivo la creación de un sistema de apoyo más robusto y duradero, aunque serán las propiedades del grupo como su

composición, estructura, normas, liderazgo y otros aspectos lo que determinarán el que los procesos de apoyo se materialicen o fracasen.

2.6. Factores que Influyen en el Apoyo Social.

En el Apoyo Social influyen diferentes variables como la personalidad tanto del receptor como del dador de ayuda, así también las características del medio y del factor estresante.

Dentro de las variables referidas al medio están las relacionadas a la estructura organizacional del ambiente o ecología social del individuo y las características de las redes sociales. La situación estresante se puede analizar según su intensidad, duración y ambigüedad, sumado a qué momento de la vida de la persona se presenta, así también como si esta situación representa realmente un riesgo para la persona o no. Entre las variables de personalidad que proporcionan soporte se encuentran el grado de perceptibilidad y motivación como las habilidades para brindar ayuda.

Entre los factores estresantes tenemos que algunos se relacionan positivamente con el apoyo social mientras que otros negativamente, ya que suponen la pérdida de este apoyo, como enviudar, divorciarse, padecer alguna enfermedad grave, entre otros.

En cuanto a las variables individuales que influyen en el apoyo social pueden ser la edad, el sexo, nivel de autoestima, la necesidad de afiliación, la tendencia a relacionarse con otros o sociabilidad, las habilidades sociales, la carencia de

ansiedad, la capacidad del individuo para solucionar situaciones problemáticas, el sentimiento de control o focus de control, entre otros.

Los estudios han indicado que las mujeres obtienen más apoyo al hablar de sus problemas y sentimientos con personas significativas como amigos íntimos; mientras que los hombres lo encuentran en el logro de actividades instrumentales y en las actividades de compañerismo. ⁽¹⁶⁾

Es por todo ello que el apoyo social al contrario de otras formas más tradicionales de ayuda, facilita el desarrollo de autonomía personal, permite satisfacer necesidades humanas básicas, tales como las necesidades de seguridad, afecto, sentido de pertenencia y autoestima, promoviendo así la acción social. Disminuye por sobre todo el estrés y la ansiedad ante cualquier situación nueva en la vida, por lo que es de gran importancia para la salud, el ajuste y el bienestar físico. (Schachter 1959). ⁽²⁶⁾

Todos los factores mencionados se relacionan entre sí, interactuando dinámicamente en el momento de percibir el apoyo social, por lo que debemos considerarlos a la hora de medir y elegir un apoyo acorde a las necesidades individuales de cada persona o comunidad.

2.7. Efectos del Apoyo Social.

El apoyo social se basa en dos efectos trascendentales, uno directo o principal y el efecto protector o amortiguador. El primero denota que el apoyo social tiene un efecto directo, sobre el bienestar, fomentando directamente la salud,

independientemente del nivel de estrés, es decir, a mayor nivel de apoyo social mayor será el bienestar, el respaldo y la motivación por parte de la persona, incentivándola a generar cambios en su estilo de vida, en este caso el de asumir una postura física más activa. Es importante destacar que si los niveles de apoyo iniciales eran bajos mayor será el efecto. Mientras que el efecto amortiguador nos habla acerca de que el apoyo social actúa como un moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar como por ejemplo los eventos vitales estresantes (no tener con quien dejar a los hijos, la incomunicación, entre otros) Numerosos autores han obtenidos resultado favorables en sus estudios gracias a la efecto protector Wethington y Kessler (1986); Barrón y Andrews, (1986) citados en Barrón (1996).⁽²²⁾

Así podemos destacar los principales efectos positivos del apoyo social en la salud, por ejemplo la presencia de apoyo social disminuye las diferentes formas de malestares y enfermedades, además disminuye algunos trastornos mentales como depresión, ansiedad entre otros, hay evidencia de la asociación de apoyo social y mortalidad independientemente o controlando el nivel inicial de salud. Además, ayuda a controlar el consumo de tabaco y alcohol, así como disminuir la obesidad y mejorar los niveles de actividad física y motivacionales ante los diferentes estresores que pueden presentarse⁽²²⁾.

2.8. Grupos de Apoyo: Fuente de Recursos para el Apoyo Social.

Los grupos de apoyo constituyen un grupo genérico, que incluye un amplio rango de modalidades específicas de intervención promovidas o iniciadas por profesionales y que se basan en los beneficios terapéuticos que se producen al compartir experiencias similares. Las características generales de los grupos de apoyo incluyen: participantes con problemas comunes y que se encuentran en situación de estrés aun que no sufran enfermedades o síntomas psicopatológicos, un lenguaje común, la afirmación pública de la pertenencia a un grupo que se encuentra asociado con un problema particular, y una composición bastante homogénea compuesta por iguales. Las metas de los grupos de apoyo son incrementar las habilidades de afrontamiento de sus miembros (mediante el refuerzo positivo, la empatía y el apoyo), la mejora de las habilidades y de la comprensión personal y la educación (mediante el feedback, orientación y guía). En estos grupos, los líderes actúan como modelos activos de rol que tratan de mejorar la confianza, el apoyo y la comunicación y de incrementar la cohesión de grupo.

Para Gottlieb (1983) ⁽²³⁾ los grupos de apoyo ofrecen diversas ventajas. En primer lugar, es un acercamiento más efectivo en términos de costo, al ser numerosas las personas que reciben un servicio simultáneamente. En segundo lugar, los grupos de apoyo no necesitan estar liderados por profesionales altamente entrenados. Habitualmente los líderes de grupos sugieren tópicos de discusión facilitan al interacción y sólo ocasionalmente ofrecen orientación especializada. En tercer

lugar, el grupo ofrece provisiones de apoyo únicas debidas a sus procesos y composición. Contactarse con personas que comparten un mismo problema o condición significa que no se es especial o que los problemas son debidos a algún tipo de fracaso personal, puesto que otras personas experimentan esos sucesos estresantes y las reacciones emocionales a esos sucesos, (el grupo contrarresta así los sentimientos de soledad y de sentirse únicos). Finalmente además de las funciones normalizadoras de apoyo y modelado la experiencia de grupo también provee de un sentido psicológico de comunidad que no se obtiene a través de intervenciones individuales tradicionales.

Según Gottlieb (1983) ⁽²³⁾ la participación en grupos de apoyos también permite elaborar objetivos sociales más amplios, para este autor, la virtud de estos grupos es que no transfieren la responsabilidad del cambio al profesional o a la institución. El poder del grupo descansa en el colectivo de participantes que tienen el conocimiento de la experiencia, el rol de los profesionales puede ser más efectivo estimulando los procesos de grupo que potencian los intercambios de ayuda, por ejemplo, reforzar los cambios concretos, los sentimientos de eficacia personal, estimulando a los miembros a actuar como figuras de apoyo para nuevos miembros o haciendo conocer el trabajo del grupo en a la comunidad u otros servicios. Otro objetivo que según Gottlieb puede lograrse al participar de estos grupos es la progresiva asimilación de los miembros del grupo en sus respectivas redes sociales y la introducción de normas de apoyo en esa red. Además, desde un punto de visto psicosociológico, la participación en grupos de apoyo puede incrementar la autoestima, promover el uso de otras prácticas de autocuidado y

puede proporcionar a sus miembros un mayor sentimiento de control personal sobre su bienestar emocional.

CAPITULO III: REVISION DE LA LITERATURA

Para realizar este proyecto de investigación se buscó información accesible en bases de datos como, Pubmed, Scielo y Bio Med Central. Así como también en revistas The Science of the Health Promotion, Revista Chilena de Nutrición y Revista Panamericana de Salud Pública. Además fueron utilizados los motores de búsqueda de Google Scholar y consultados libros disponibles en la Biblioteca Central Universidad de la Frontera y libros disponibles en la Universidad Católica de Temuco.

Los artículos para dar a conocer fueron escogidos por su contingencia con nuestro tema de proyecto de tesis, el apoyo social en intervenciones comunitarias en relación con la práctica de actividad física. Los términos MESH utilizados para la búsqueda de estos artículos fueron Actividad Física, Fitness, Intervención, Soporte Social y Mujer.

Encontramos estudios que recalcan la importancia de aquellas intervenciones que contemplan el apoyo social o el establecimiento de redes sociales como estrategia para el mejoramiento de los niveles de actividad física, destacándose por sobre aquellas intervenciones que sólo contempla metodología educativa en sus programas, como se menciona en el artículo **”Recommendations to Increase Physical Activity in Communities”** ⁽²⁷⁾, en donde se indica que al utilizar estrategias que aumentan el apoyo familiar y de redes sociales cercanas, se

facilitan los patrones de cambios conductuales y interacciones sociales, por lo tanto admiten mayores niveles de bienestar y actividad física.

También en esta revisión de la literatura nos encontramos con que a pesar de una literatura masiva sobre los beneficios del apoyo, sorprendentemente no hay pruebas contundentes acerca de cómo y qué tan bien, las intervenciones de apoyo social funcionan, esto es mencionado en el artículo **“Social support interventions, Do they work?”** ⁽²⁸⁾

En el proceso de establecer estrategias de acción por medio del apoyo social es importante tener en cuenta las barreras y percepciones individuales que puedan influir tanto positiva como negativamente, en el grupo de estudio en nuestro caso mujeres chilenas. Estas barreras y percepciones fueron determinadas por el estudio **“La mujer sedentaria en relación de la práctica física y deportiva en Chile. Elissegaray, Garcia, Valera. Instituto Nacional de Deportes, Gobierno de Chile. Universidad de Chile, 2006”** ⁽¹⁵⁾, el cual tenía por objetivo principal el investigar las razones por las cuales la mujer chilena tiene una baja actividad física y deportiva en general en nuestro país. Los resultados entregados nos arrojan una serie de antecedentes diagnósticos y posibles amenazas y oportunidades que nos pueden permitir guiar y fundamentar una estrategia definida para la mujer.

También queda de manifiesto en la revisión sistemática **“An Overview and Proposed Framework of Social-Environmental Influences on the Physical-Activity Behavior of Women. JoElien Vrazel, PhD; Ruth P. Sounders, PhD:**

Sara Wilcox, PhD.” ⁽²¹⁾ En donde el objetivo de ésta fue identificar los principales factores socio-ambientales que influyen en las conductas de actividad física de las mujeres y proponer un marco de organización de estas influencias en el entorno social.

Los resultados daban a conocer que las mujeres eran expuestas a los mensajes sociales que indican que la actividad física no es una prioridad y puede ser inadecuada, sino que también pueden carecer del soporte social necesario para adoptar y mantener la práctica de actividad física.

Esta revisión contempla la compleja gama de factores en el ambiente social que influencia a las mujeres, y proporciona apoyo a la importancia del entorno social en comportamiento de la actividad física-en las mujeres.

Sin embargo, cuando se realizó la búsqueda en bases de datos chilenas, estas no arrojaron ningún estudio que contemplase una intervención basada en el apoyo social para aumentar los niveles de actividad física en mujeres. Tampoco existen estudios que cuantifiquen los niveles de apoyo social en la región ni menos a nivel país, ni tampoco ningún estudio que valide algún instrumento de medición del apoyo social en mujeres relacionado con la actividad física.

CAPITULO IV: JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en nuestro país. La Encuesta Nacional de Salud (9) señala que el 54,9% de los chilenos tiene riesgo cardiovascular alto de acuerdo a la clasificación de Framingham; los hombres con un 64,2% y las mujeres con un 46,2%. De los 87.000 fallecimientos que en promedio se producen en Chile cada año, 27 mil son por causa vascular y 7 mil de ellas por un Infarto Agudo al Miocardio (IAM). El mayor riesgo se encuentra en el rango etáreo entre los 35 y los 50 años.

Es por ello que se hace urgente y necesaria la implementación de estrategias, que permitan aumentar el nivel de actividad física de nuestra población, en especial en los grupos más vulnerables.

A pesar de la relevancia del tema no hay intervenciones basadas en el soporte social como estrategia para aumentar los niveles de actividad física, porque lo que hace muy interesante y expectante conocer los resultados de esta investigación ya que no sólo abriría la posibilidad de mas investigaciones sobre el tema, sino que sentaría las bases para futuras intervenciones que quiera promover la actividad física. La literatura apunta a que las intervenciones basadas en soporte social para mejorar el nivel de actividad física, muestran mejores resultados que las intervenciones que utilizan solo ejercicio.

Esta investigación aborda por completo este tema y de una manera más integral, pues se consideran los determinantes que puedan influir en la facilidad o dificultad a la hora de realizar actividad física. Nuestro estudio es de bajo costo ya que los espacios físicos son del mismo sector, además no necesitara de materiales extras, ni complicados.

La población es accesible y de gran tamaño por lo que no será difícil acceder a una muestra, los participantes de esta intervención serán incluidos de manera voluntaria e informada, además la participación no con lleva ningún riesgo y puede resultar beneficiosa para los participantes, y se han tomado las consideraciones éticas a la hora de implementar la intervención.

En Chile no se ha realizado ninguna investigación que aborde este tema por lo que hace aun más interesante nuestra investigación.

CAPITULO V: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

5.1. Pregunta de Investigación.

¿Influye en el nivel de actividad física una intervención grupal centrada en el apoyo social en mujeres de 40 a 65 años que asisten a los CESFAM de Villa Alegre, Amanecer y Santa Rosa durante el periodo de tiempo comprendido entre 2011 y 2012?

5.2. Justificación de la Pregunta de Investigación.

Factible: Debido a los altos índices de sedentarismo en las mujeres de nivel socioeconómico bajo de nuestro país y a la necesidad de pertenencia de las mismas a grupos que respondan a sus diferentes necesidades de afecto, un estudio de estas características sería posible pues contaría con una población accesible de gran tamaño.

Interesante: A pesar de la importancia y características epidemiológicas que presenta el sedentarismo en el mundo y nuestro país aun no están lo suficientemente estudiadas las intervenciones basadas en apoyo social como estrategia para el aumento de los niveles de actividad física.

Novedosa: Si bien se realizó una búsqueda profunda en las diferentes bases de datos no se han encontrado estudios que relacionen el apoyo social con el aumento de los niveles de actividad física en mujeres en nuestro país.

Ético: Los participantes de esta intervención serán incluidos de manera voluntaria e informada, además la participación no conlleva ningún riesgo y puede resultar beneficiosa para la población.

Relevante: Al llevar a cabo un estudio de estas características, nos encontraríamos con evidencia científica que permitirá a los profesionales de la salud y otras áreas sociales desarrollar programas de intervención comunitaria efectivos en mujeres sedentarias.

5.3. Objetivos General del Estudio

Determinar la influencia en el nivel de actividad física de una intervención grupal centrada en el apoyo social en mujeres de 40 a 65 años que asisten a los CESFAM de Villa Alegre, Amanecer y Santa Rosa.

5.3.2. Objetivos Específicos del Estudio.

- Determinar la diferencia en el nivel de apoyo social en las participantes antes y después de la intervención
- Determinar la diferencia en el nivel de actividad física antes y después de la intervención.

- Determinar la asociación entre el nivel de actividad física y el nivel de apoyo social antes y después de la intervención.
- Determinar la influencia en el nivel de actividad física de una intervención grupal centrada en el apoyo social según edad, nivel socioeconómico y nivel educacional.
- Determinar la influencia en el nivel de actividad física de una intervención grupal centrada en el apoyo social según constitución del grupo familiar, estado civil y situación laboral.

5.4. Diseño de la Investigación

La investigación escogida que responde de mejor manera a nuestra pregunta de investigación, es del tipo Analítica Cuasi-experimental que es aquella en la que existe una exposición, una respuesta y una hipótesis para contrastar, pero no hay aleatorización de los sujetos a grupos de tratamiento y control o, el caso de nuestro estudio planteado se preferirá la inexistencia de un grupo control propiamente dicho, ya que no existe una intervención probada.

VENTAJAS	LIMITACIONES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alternativa cuando no es posible aleatorizar una intervención o cuando no es posible tener un grupo control. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se puede asegurar que los cambios aparecidos sean debidos a la propia intervención, a otras intervenciones o factores no controlados. ▪ Existe la posibilidad, sobre todo cuando no existe grupo control, de que se produzca el efecto Hawthorne, el efecto placebo, la regresión a la media y el no control de la evolución natural de la enfermedad

En este caso sería la asociación del aumento del soporte social por medio de una intervención de apoyo entre pares, con un aumento en los niveles de actividad física en las mujeres de entre 40 a 65 años.

5.4.1 Tipo de Diseño

El diseño propuesto para la investigación es un Estudio Antes-Después (o pre-post), un sólo grupo o con grupo de control no equivalente. Este tipo de diseño se basa en la medición y comparación de la variable respuesta antes y después de la exposición del sujeto a la intervención experimental. Los diseños antes-después con un sólo grupo permiten al investigador manipular la exposición, pero no incluyen un grupo de comparación. Cada sujeto actúa como su propio control.

En nuestro caso las mediciones pre y post serán los niveles de actividad física y los niveles de soporte social, para ver su variación luego de la intervención basada en apoyo social.

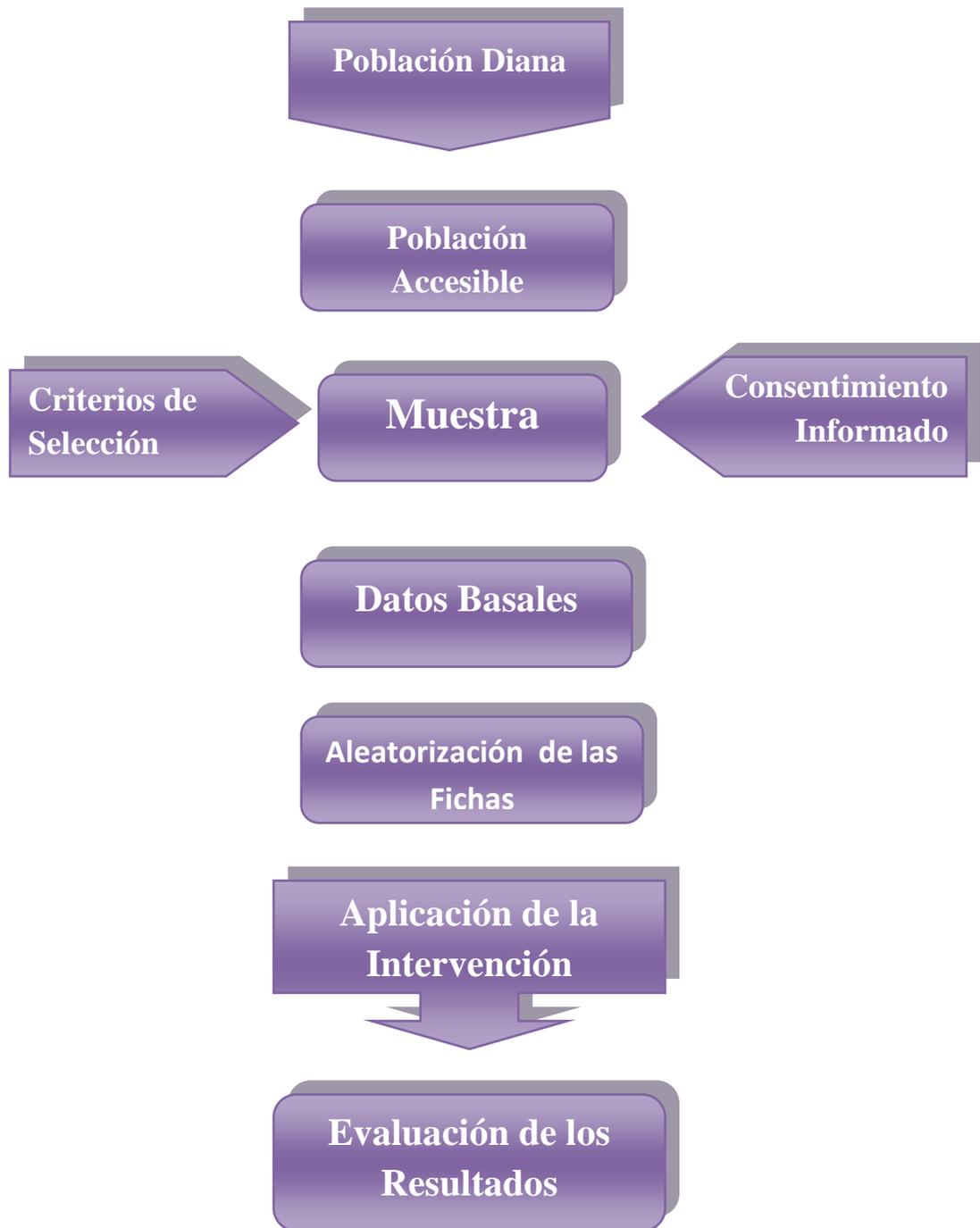
Dentro de las razones por las cuales no es posible que esta pregunta sea respondida a través de un ECA es que no existe un Gold Estándar con el que pudiésemos probar que esta intervención sea efectiva.

Los sesgos que se considerarán para este estudio y de los cuales tomaremos las debidas precauciones para evitarlos, son los siguientes:

1. **Efecto Hawthorne:** respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que se les está estudiando.
2. **Efecto Placebo:** la respuesta que se produce en una persona enferma como consecuencia de la administración de un tratamiento, pero que no puede considerarse como un efecto específico del mismo.

Para contrarrestar la falta de validez interna de este diseño debidos a los posibles sesgos mencionados anteriormente, se tratará de mejorarla utilizando tres grupos distintos que recibirán la misma intervención, que poseen los mismos determinantes ambientales y sociales de la respuesta, sumado a que se establezca que no debe existir contacto alguno entre ellos. Debido a esto, si vemos un resultado similar podremos considerar que se le dará mayor validez interna.

5.4.2. Flujograma



5.5. Sujetos del Estudio.

5.5.1. Población Diana.

Mujeres que estén inscritas en los CESFAM de la ciudad de Temuco durante el año 2011 y 2012.

5.5.2. Población Accesible.

Mujeres entre 40 a 65 años, que estén inscritas en los CESFAM de Villa Alegre, Santa Rosa y Amanecer, de Temuco durante los años 2011 y 2012.

5.5.3. Muestra.

Estimación del Tamaño de Muestra.

Debido a que a través de la revisión de la literatura no se logró encontrar los parámetros necesarios para realizar el cálculo de muestra para esta investigación, se optará por la ejecución de un estudio piloto que permitirá observar el comportamiento de la variable dependiente con respecto a la variable de resultado, obteniendo la información necesaria para un futuro estudio original.

Se considerará para la realización del estudio piloto un número muestral total de 45 mujeres, del cual se formarán 3 grupos, uno por cada CESFAM. Serán

incluidas en la intervención piloto aquellas que cumplan con los criterios de elegibilidad previo consentimiento informado.

5.6. Reclutamiento.

El reclutamiento de la población la realizará el investigador principal a través de los servicios de atención primaria, los CESFAM de Villa Alegre, Amanecer y Santa Rosa. Su duración será de dos meses aproximadamente.

- ✓ *Reclutamiento de los pacientes:* De los diferentes CESFAM se seleccionarán a través de un muestreo aleatorio sistemático que se aplicara a los tarjeteros de casa CESFAM.
- ✓ *Evaluación de criterios de elegibilidad:* se procederá a aplicar los criterios de inclusión-exclusión a los pacientes que deseen participar del estudio y con ello se clasificarán en “elegible” o “no elegible” para este estudio.
- ✓ *Información sobre el estudio:* Por consiguiente, se procederá a informar detalladamente a las mujeres que cumplan con los criterios de elegibilidad, acerca de los objetivos de la investigación, la relevancia de los resultados que se obtendrán, la importancia de su participación como miembro activo del estudio.
- ✓ *Consentimiento informado:* Una vez que mujeres participantes han recibido toda la información pertinente al estudio, y han decidido su ingreso,

deberán firmar un consentimiento por escrito los datos de las mujeres y el compromiso de ellos con la investigación.

5.7. Criterios de Selección.

Criterios de inclusión.

- Mujeres entre 40 y 65 años
- Pertenezcan a CESFAM de Villa Alegre, Amanecer y Santa Rosa.

Criterios de exclusión.

- Condición de salud incompatible para práctica de actividad física.
- Trastornos Psicóticos o Depresión Severa.
- Mujeres deportistas o que practican actividad física más de tres veces a la semana.

5.8. Tipo de Muestreo

Para la selección de las fichas que nos permitirán constituir la muestra utilizaremos un sistema de muestreo aleatorio sistemático que nos permitirá aumentar la validez interna obteniendo una muestra más representativa de la población. ⁽³¹⁾

5.9. Variables

Independientes:

- Nivel apoyo social: Información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos para el receptor. (29)

Las medidas de apoyo social, generalmente exploran el llamado “apoyo estructural” (tamaño de la red social) o el “apoyo funcional” (percepción de apoyo). (30)

- Tipo de variable: Cualitativa, Categórica, Ordinal.
- Instrumento de medición: Cuestionario MOS.

Cuestionario Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS-SSS).

Este cuestionario fue desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991, consta de 20 ítems, explora 5 dimensiones del apoyo social: emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño. Se pregunta, mediante una escala de Likert, puntuando de 1 a 5, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo. La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social. Los 19 ítems restantes recogen valores referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: apoyo emocional/informacional (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), apoyo instrumental (preguntas 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva

(preguntas 7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo (preguntas 6, 10 y 20). (30) El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

Este instrumento fue validado por el Dr. Luis Vera en el año 2007 en Chile.

(Ver Anexo 1)

De resultado:

- Nivel de actividad física: La actividad física es todo tipo de movimiento corporal que realiza el ser humano durante un determinado periodo de tiempo, ya sea en su trabajo o actividad laboral y en sus momentos de ocio, que aumenta el consumo de energía considerablemente y el metabolismo basal,
 - Tipo de variable: Cualitativa, Categórica, Ordinal.
 - Instrumento de medición: Cuestionario IPAQ, Formato Largo. Spanish (USA) Self administered.

Cuestionario IPAQ

Cuestionario interroga acerca los niveles de actividad física de las personas de entre 15 a 69 años, con respecto a la cantidad de sesiones semanales y la duración de éstas (Se incluye actividad laboral, transporte y tiempo de ocio) con actividades vigorosas, moderadas y caminatas, tiempo sentado y en algunas versiones, se agrega un apartado demográfico (edad, sexo, años de estudios, horas de trabajo).

Su categorización es en base a los 30 minutos semanales, posee tres niveles alto ($30 < \text{minutos}$), bajo ($30 > \text{minutos}$) y medio ($30 =$).

Este instrumento no ha sido validado en Chile, pero en numerosos países ha sido estudiado su validez y confiabilidad, además que la OMS ha recomendado su utilización como herramienta de vigilancia epidemiológica en el mundo.

(Ver Anexo 2)

Variables de control:

- *Edad:* Periodo que transcurre desde el nacimiento a la actualidad. La edad de los pacientes de este estudio fluctúa entre los cuarenta y los sesenta y cinco años.
 - Tipo de Variable Cuantitativa, Discreta.
 - Instrumento de medición: Pregunta directa

- *Nivel Socioeconómico:* El NSE se basa en sólo dos variables: El nivel de educación alcanzado por el principal sostenedor del hogar y a categoría ocupacional del principal sostenedor del hogar. Ambas variables se combinan en una “Matriz de Clasificación –Económica” (Ver Anexo 3), la que determina el NSE de cada familia de acuerdo a las combinaciones entre ambas variables, generando 5 grupos: ABC1 para el segmento alto, C2 medio-alto, C3 medio, D medio-bajo o E para el segmento más bajo.

- Tipo de Variable: Cualitativa, Categórica, Ordinal.
 - Instrumento de medición: “Matriz de Clasificación –Económica” de Adimark.
- *Nivel Educativo*: Según Categorización de Adimark: Sin estudios Básica Completa, Básica Incompleta, Media Incompleta, Media Completa, Técnico Incompleto (1 a 3 años), Universitaria incompleta o Técnico Completa, Universitaria Completa o más. (Ver Anexo 3)
 - Tipo de Variable: Cualitativa, Categórica, Ordinal.
 - Instrumento de medición: Pregunta directa.
- *Estado civil*: Es la situación de las personas, determinadas por su relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, actualmente. Según las encuesta CASEN, lo clasifica en casada, conviviente, anulada, separada, divorcia, viuda y soltera.
 - Tipo de Variable: Cualitativa, Categórica, Nominal
 - Instrumento de medición: Pregunta directa
- *Constitución del Grupo familiar*: según la UNICEF consiste en el Grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por

matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo.

- *Categorización*

- *Familia nuclear o biparental:* pareja unidad o casada legalmente con o sin hijos.
- *Familia mono parental:* Integrada por sólo uno de los progenitores y uno o más hijos
- *Familia extensa o compuesta:* corresponde a cualquiera de los tipos definidos anteriormente más la presencia de uno o más parientes (extensa) colaterales o ascendentes o no parientes (compuesto)
- *Familia Unipersonal:* integrado por una sola persona.
- *Familia reconstituida:* donde unos de los padres vuelve a formar pareja luego de una separación

- Tipo de Variable: Cualitativa, Categórica, Nominal.

- Instrumento de medición: Pregunta directa

- *Situación Laboral:* Según horas trabajadas 0-11, 11-22, 22-33, 33-44 y más a la semana, se considerará también el estado de contrato actual que se categorizará como estable, a honorarios, a contrata y sin contrato.

- Tipo de Variable: Cuantitativa, Continua.

- Instrumento de medición: Pregunta directa

CAPITULO VI: ANALISIS ESTADISTICO.

6.1. Planteamiento de la hipótesis.

Hipótesis Nula

- El aumento del apoyo social debido a la intervención de grupo de apoyo no se asocia a un aumento significativo de la actividad física en mujeres de entre 40 a 65 años.

Hipótesis Alternativa

- El aumento del apoyo social debido a la intervención de grupo de apoyo se asocia a un aumento significativo de la actividad física en mujeres de entre 40 a 65 años.

6.2 Análisis Descriptivo

Se construirán tablas de distribución de frecuencia para cada una de las variables de caracterización de las mujeres que asisten a los CESFAM. Además se construirán tablas de asociación de mejoría de actividad física con cada una de las variables de control y se realizarán gráficos de barra para mostrar los resultados.

6.3 Análisis Inferencial

La evaluación de la intervención se hará en función del cambio en actividad física pre y post intervención, de esta forma se calculará la proporción de mujeres que suben de categoría de actividad física.

Se construirá un intervalo de confianza para esta proporción como una medida de efectividad de la intervención, se estudiará si esta proporción de mejoría en actividad física depende de edad, nivel socioeconómico, nivel educacional, constitución del grupo familiar, situación laboral y estado civil, utilizando pruebas de Chi cuadrado.

6.4 Consideraciones Éticas

Nuestra investigación cumplirá con todas las consideraciones éticas básicas necesarias:

Principio de justicia: El derecho a un trato justo, todas las mujeres que estén inscritas en cualquiera de los tres CESFAM a considerar en la muestra tiene la misma posibilidad y libertad de incorporarse al estudio, y van ser tratados con respeto e igualdad de condiciones, sin ningún tipo de discriminación a lo largo de toda la investigación, además los datos obtenidos se mantendrán en reserva y no serán de manejo público.

Principio de no maleficencia: Toda investigación implica algún tipo de riesgo, pero en muchos, éstos son mínimos respecto a los beneficios. En esta investigación los beneficios superan ampliamente a los riesgos que son casi inexistentes, pues los procedimientos considerados en este estudio son de carácter no invasivo y se contará con profesionales competentes que aseguren el bienestar de las mujeres a lo largo del estudio. Además, si se detectara alguna patología psicológica severa será derivada a un profesional en el CESFAM correspondiente.

Beneficencia: Este estudio contará no sólo con beneficios personales en términos de salud y sino que sus resultados buscarán beneficiar a la población en general.

Autonomía: Las mujeres participantes representarán a una población determinada con características similares, ellas serán informadas previa y completamente de la consistencia del estudio por lo que decidirán libremente su participación y deserción en el mismo, pues conocerán todos los riesgos y beneficios que estarán estipulados por escrito en un consentimiento informado. (Ver Anexo 4)

CAPITULO VII: DESCRIPCION DE LA INTERVENCION

Se diseñará una intervención que contemple los tres tipos de apoyo social, se realizará utilizando las mismas instalaciones de la comunidad (sedes sociales, multicanchas, colegios, entre otros.) Se contará con la participación de un psicólogo a cargo de las dinámicas grupales, destinadas a formar el grupo de apoyo social, además de otros profesionales de la salud que dirijan las futuras actividades físicas.

Apoyo informativo: como objetivo principal pretende ampliar el conocimiento acerca de diferentes temas relevantes e interesantes en la materia, como beneficios de la actividad física, riesgos de una vida sedentaria, formas de aumentar los niveles de actividad física en la vida diaria, como mejorar su alimentación, como integrar a la familia en este proceso (pareja, hijos, entre otros.), autoestima y formas entretenidas de actividad física.

Apoyo emocional: como objetivo principal busca mejorar el bienestar afectivo, la autoestima, la valoración, el sentido de pertenencia, seguridad, disminuir la gravedad percibida de los problemas y asumir una actitud más proactiva hacia su entorno. A través de conversaciones grupales, de compartir problemas, experiencias y sentimientos con los demás, discusiones en grupo actividades sociales, llevar a cabo con éxito diversas tareas del grupo, participación en la toma de decisiones y desempeño de responsabilidades, dinámicas de autoestima, de integración y de confianza.

Apoyo tangible: como objetivo principal brindar las facilidades y disminuir la sobre carga para aumentar el tiempo libre y destinarlo a la actividad física, a través del apoyo en el cuidado de los niños, y en las diversas actividades de la vida diaria, talleres para la integración de la familia a los quehaceres del hogar además de compartir roles dentro del hogar.

Para la implementación de esta intervención es necesario que se cumplan ciertas fases para asegurar su buen funcionamiento y el cumplimiento efectivo de los objetivos planteados.

Fase 1: Acoplamiento

Objetivo: Establecer redes sociales entre las mujeres.

Para esto se realizarán las actividades relacionadas con el fomento del apoyo informativo y emocional, dinámicas de integración, compañerismo e identificación

y trabajo grupal guiado por un psicólogo, en esta etapa también se realizarán la gran parte de los talleres que abarcan los temas de base como la actividad física sus componentes y características, se implementarán las bases para el futuro trabajo y la coordinación entre ellas.

Fase 2: Consolidación

Objetivo: Funcionalidad del apoyo actividad física dirigida

En esta etapa se fomentará el apoyo emocional siguiendo con los talleres y las dinámicas de grupo. Otra parte fundamental será el aumento del apoyo tangible realizando compromisos de brindarse apoyo mutuamente en diferentes tareas, que les permita tener un horario para realizar actividad física, se les plantearán ejemplos como el de turnarse para ir a pagar las cuentas o tenderse la mano a la hora de tener un problema, entre otros. Así como fomentar la participación activa de la familia en los diferentes quehaceres del hogar, que nos permitan lograr el objetivo de participar de la actividad física programada (baile entretenido, caminatas, entre otras). Además se realizarán actividades prácticas donde se le muestre formas de aumentar su gasto energético durante el día, por ejemplo realizando el aseo de la casa con música, sugerir el uso de las escaleras por sobre

los ascensores, se les planteará tareas como salir a caminar por las tarde entre ellas o reunirse para ir a comprar juntas los víveres caminando.

Fase 3: Funcionalidad Completa.

Objetivo: Apoyo social más actividad física por medio de la autoorganización

En esta etapa las redes entre ellas ya estarán formadas, el grupo será más sólido y organizado, será capaz de cumplir los objetivos que se proponen, con lo que evolucionaremos de un grupo de apoyo a un grupo de auto ayuda es decir que sean capaces de organizar sus propias actividades físicas de acuerdo a sus necesidades y preferencias, por ejemplo la planificación de excursiones o paseos, ellas contarán con todo el apoyo tangible para sus necesidades y problemas, y en el caso de que necesiten asesoramiento para sus actividades lo obtendrán por medio del equipo multidisciplinario.

Es importante agregar que al finalizar cada sesión abra un espacio de retro alimentación que permitirá ir evaluando el proceso, pues las mujeres compartirán sus inquietudes, necesidades, su aprobación o desaprobación ante los diferentes temas, pero más aun permitirá que el grupo se vaya acoplando a las necesidades individuales y colectivas de los participantes.

CAPITULO VIII: ADMINISTRACION Y PRESUPUESTO.

8.1. Administración

La intervención planteada por este proyecto se realizará en las diferentes juntas de vecinos de los sectores Amanecer, Santa Rosa, y Villa alegre. Donde se llevará a cabo todo el trabajo.

8.1.1. Conformación del Equipo de Trabajo

El equipo de trabajo estará conformado por profesionales, capacitados e informados para cumplir correctamente con su rol, en los tiempos y plazos

establecidos; un investigador principal, dos co-investigadores, un psicólogo, un profesor de educación física, un estadístico, una secretaria y ayudantes.

8.1.2. Responsabilidades del Equipo de Investigación:

Investigador principal: Un kinesiólogo encargado de coordinar y dirigir el proyecto, gestionar recursos económicos para la ejecución del estudio, aplicar el consentimiento informado a las mujeres que participaran en la investigación, supervisar el correcto cumplimiento de las actividades según cronograma y tiempo asignado, informar acerca de la metodología y desarrollo del estudio al resto del equipo además de velar por los aspectos éticos durante toda la investigación, contactar los lugares donde se realizara el estudio y solicitar los permisos correspondientes y por ultimo difundir y publicar los resultados del estudio en conjunto con el estadístico.

Co-investigador: (1) Kinesiólogo encargado de aplicar el cuestionario IPAQ a las mujeres al inicio, al final y al año después, encargado de realizar las diferentes charlas educativas y motivaciones a las mujeres y tabular los resultados de la intervención para su posterior análisis.

Co-investigador: (2) Psicólogo encargado de aplicar el cuestionario MOS de apoyo social a todas las mujeres al inicio, al final y al año después además de realizar las diferentes charlas educativas y motivaciones a las mujeres.

Profesor de educación física: Encargado de monitorear las actividades de baile entretenido, caminata, entre otras. Y motivar a las mujeres a la realización de práctica de actividad física.

Estadístico: Realizara el análisis estadístico de los resultados del estudio y maneja las mediciones realizadas antes y después de la intervención para ingresarlo a la base de datos.

Secretaria: Reclutar y llamar a las mujeres que constituirán la muestra, verificando los criterios de inclusión. Encargada de llevar el registro y control de asistencia de las mujeres que participaran del estudio, también de comunicarse con ellas telefónicamente en caso de inasistencia. Ingresar los resultados de los cuestionarios antes y después de la intervención en la base de datos. Ingresar los resultados del estudio en la base de datos y gestionar los diferentes insumos que se necesitaran.

Psicólogo: Encargada de coordinar y dirigir las sesiones con las mujeres durante todo el proceso. Implementar las dinámicas y trabajos grupales necesarios. Encargada de realizar los diferentes talleres de autoestima, integración, entre otros.

Evaluar al término de cada sesión, para que el grupo se vaya adecuando a las diferentes necesidades surgidas.

Alumnos ayudantes de psicología: Ayudaran al psicólogo principal en la realización de las actividades y diferentes trabajos grupales.

8.2. Presupuesto del Estudio

A continuación de detallarán los costos que tendrá esta investigación en lo que difiere a personal, gastos operacionales y bienes de capital.

8.2.1. Gastos Gestionados.

- **Investigador principal:** Sera un kinesiólogo que trabajará 6 horas semanales durante los meses que contemple su rol en la investigación, 18 meses en este caso, estimando en \$10.000 la hora del kinesiólogo, da un total semanal de \$60.000, por lo que al cabo de los 12 meses de trabajo, el salario de investigador principal será, \$ 4.320.000.
- **Co-investigador:** Sera un kinesiólogo y un psicólogo que trabajarán 3 horas a la semana por 4 meses cada uno, de acuerdo a su rol a cumplir, estimando la hora del kinesiólogo en \$10.000, el total semanal será de

\$30.000, por lo que al cumplir los 4 meses su salario será de \$480.000, en el caso del psicólogo, también la hora se estima en \$10.000, por lo que su salario al termino de su trabajo será el mismo.

- **Estadístico:** Trabajara tres horas semanales durante dos meses. Estimando la hora del estadístico en \$15.000, el total semanal asciende a \$45.000, por lo que su salario al cava de un mes será de \$360.000
- **Ayudantes (2):** Serán estudiantes de psicología, que trabajarán 4 horas a la semana, cuando se realicen las sesiones, para colaborar con el psicólogo principal. A ellos se les financiara el pasaje entregándoles \$1.000 cada vez que concurran a los lugares, en este caso será 2 veces a la semana, lo que da un total por ambos ayudantes de \$4000 a la semana, por los 6 meses que durara la intervención, ellos recibirán \$96.000.

Ítem	Costo mensual	Nº de meses	Total
Investigador principal	\$240.000	18	\$4.320.00
Co-investigador(1)	\$120.000	4	\$480.00
Co-investigador(2)	\$120.000	4	\$480.000
Estadístico	\$180.000	2	\$360.000
Ayudantes	\$16.000	6	\$96.000

Total de Gastos Gestionados

\$ 5.736.000

8.2.2. Gastos Operacionales.

Psicólogo: trabajará cinco horas a la semana considerando la duración de las sesiones y el tiempo de preparación previo a estas, durante 8 meses que durarán la intervención, considerando que la hora del psicólogo se estima en \$10.000, a la semana serán \$50.000, por lo que su salario final será de \$1.600.000

Profesor de educación física: este profesional trabajará una hora a la semana, durante los ocho meses de intervención, por lo que considerando la hora de un profesor es de \$8.000, al mes serán \$32.000, por lo que por su trabajo recibirá \$256.000.

Secretaria: ella trabajará durante 8 meses del periodo de la investigación, 22 horas mensuales, para lo que se estima \$50.000 al mes, recibiendo un salario final de \$400.000.

Material fungible: Se calcula \$50.000 mensual durante los 6 meses de intervención.

Gastos de servicio: se considera en este ítem los costos de comunicación mensual que ascienden a una suma de \$30.000, por los 6 meses que dura la investigación.

Viáticos movilización: se destinará para este ítem la suma de \$24.000 mensuales, por los 6 meses de la investigación.

Ítem	Costo mensual	Nº de meses	Total
Psicólogo	200.000	8	1.600.000
Profesor de educación física	\$32.000	8	\$256.000
Secretaria	\$50.000	8	\$400.000
Material fungible	\$50.000	8	\$400.000
Gastos de servicio	\$30.000	8	\$240.000
Viáticos de movilización	\$24.000	8	\$192.000
Total Gastos Operacionales			\$2.856.000

8.2.3. Gastos Capitales.

- **Computador:** un computador que se utilizará durante toda la investigación, para almacenar datos y realizar el análisis de éstos. El equipo tiene un costo de \$350.000.
- **Impresora:** se utilizará para imprimir todos los datos necesarios para realizar la investigación (consentimiento informado, IPAQ, MOS.). La impresora tiene un valor de \$40.000.

Ítem	Costo mensual	Nº de meses	Total
Computador			\$350.000

Impresora	\$40.000
Total de gastos capitales	\$390.000

8.2.4. Gastos Totales del Estudio.

Considerando todos los gastos, gestionados, operacionales y capitales el costo del estudio asciende a:

Gatos Gestionados	\$5.736.000
Gastos Operacionales	\$3.088.000
Gastos Capitales	\$390.000
Total del Estudio	\$9.214.000

Monto a solicitar: \$3.478.000

8.3. Cronograma de Actividades.

La duración de este estudio se extenderá por un periodo de 12 meses, contemplando todo el año 2011, y consistirá en tres etapas:

1. Preparación del estudio. Febrero 2011 a Abril 2011

- Solicitar permiso y aprobación del estudio.
- Conseguir financiamiento
- Conseguir aprobación del comité de ética.
- Coordinar el equipo de trabajo
- Establecer plan de acción del equipo de trabajo
- Adquirir materiales para la realización del estudio
- Coordinación con las juntas de vecinos de los sectores Santa Rosa, Amanecer y Villa Alegre, para realizar la investigación.
- Reclutamiento de la muestra.

2. Ejecución del estudio. Mayo 2011 a Octubre 2011

- Recopilación de datos de las mujeres.
- Realización de mediciones basales aplicando los cuestionarios.
- Formación de los grupos de trabajo.
- Inicio de las actividades a realizar por cada grupo
- Aplicación de los cuestionarios una vez terminado el trabajo grupal.

- Registro escrito y computacional de los datos y antecedentes.

3. Seguimiento Octubre 2011 a Abril 2012

- Inicio del periodo de seguimiento y aplicación de las encuestas seis meses después.

4. Resultados del estudio. Mayo 2012 a Julio 2012

- Se realizara el análisis estadístico de los datos obtenidos.
- Generación de conclusiones respecto a los resultados del estudio.
- Preparación del informe final de los resultados y conclusiones obtenidas.
- Difusión de los resultados.

8.4. Carta Gantt.

Actividades	2011												2012					
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J
Seguimiento																		
Inicio del periodo de seguimiento y aplicación de las encuestas seis meses después.									X	X	X	X	X	X				
Resultado del Estudio																		
Se realizará el análisis estadístico de datos obtenidos.												X	X	X				
Generación de conclusiones respecto a los resultados del estudio.													X	X				
Preparación del informe final de los resultados y conclusiones obtenidas.														X	X	X		
Difusión de los resultados															X	X	X	X

Actividades	2011												2012					
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J
Preparación del Estudio	X	X																
Conformación del equipo de trabajo.	X	X																
Conseguir aprobación del comité de ética.	X	X																
Conseguir financiamiento.	X	X																
Establecer el plan de acción del equipo de trabajo.	X	X	X															
Coordinación con las juntas de vecinos de los sectores Santa Rosa, Amanecer y Villa Alegre.	X	X	X															
Ejecución del Estudio																		
Reclutamiento de la muestra.		X	X	X	X													
Realización de mediciones basales aplicando cuestionarios.		X	X	X	X													
Formación de grupos de trabajo.			X	X	X													
Ejecución de las actividades a realizar por cada grupo.				X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Aplicación de los cuestionarios una vez terminado el trabajo grupal.								X	X	X	X	X						

REFERENCIAS.

1. Vio F. Prevención De la obesidad en Chile. Rev. chil. nutr. [revista en la Internet]. 2005 Ago [consultado 2010 Mar 11]; 32(2): 80-87.
2. OMS: “Physical Inactivity: A Global Public Health Problem” Disponible en:http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/index.html
3. Peña M. Bacallao J. La obesidad y sus tendencias en la Región. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2001 Aug [cited 2010 Apr 21] ; 10(2):45-78. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000800001&lng=en.
4. World Health Organization. World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: WHO; 2002. [citado 2010 April 21] Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf
5. Alarcón A. M, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Méd. Chile [revista en la Internet]. 2003 Sep [citado 2010 May 11]; 131(9): 1061-1065. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034988720030009000014&lng=es.

6. Cruz E. d. I. Estudios sobre los determinantes y correlatos de la actividad física. [Sitio de internet] Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6618/1/ESTUDIOS%20SOBRE%20LOS%20DETERMINANTES%20Y%20CORRELATOS%20DE%20LA%20ACTIVIDAD%20F%C3%8DSICA.pdf>. [Consultado 15 05 2010]
7. Hernández B, Haene J de, Barquera S, Monterrubio E, Rivera J, Shamah T, et al. Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en edad reproductiva. Rev Panam Salud Publica [revista de Internet]. 2003 Oct [citado 2010 May 22]; 14(4):235245. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v14n4/18123.pdf>
8. Instituto Nacional de Deporte. Política región de la actividad física y deporte región de la Araucanía. Disponible en : http://www.ind.cl/pdfs/politica_deportes_araucania.pdf [citado 20 06 2010]
9. Chile, Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Salud 2003. Santiago: El Ministerio: 2004. [consultado 20 06 2010]
10. Chile, MIDEPLAN. Encuesta CASEN 2006. Santiago: MIDEPLAN, 2007. Disponible en Internet: <http://www.mideplan.cl> [citado 12 06 2010]
11. Chile. Ministerio de Salud. Rol de la Sociedad Chilena en la prevención de la obesidad y otras enfermedades crónicas relacionadas con la dieta y la actividad física: cumbre de nutrición y salud Chile 2008. Disponible en:

<http://www.ego-chile.cl/Documentos/docCumbrefinal.pdf> [citado 13 07 2010]

12. Instituto Nacional de Deportes. *Chiledeportes - report on female health, quality of life and physical activity*. Disponible en: http://smarterweb.sportingpulse.com/www.iwg-gti.org/fileadmin/user_upload/News/Issue_5/Chile_Report.pdf [citado 07 05 2010]
13. Chile, Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Salud 2003. Santiago: El Ministerio: 2004. [consultado 20 06 2010]
14. Chile, Ministerio de Salud. Encuesta de Calidad de Vida y Salud, 2000. Santiago: MINSAL; 2003. . [consultado 20 06 2010]
15. Direccion de deportes y actividad física, Universidad de Chile: La Mujer Sedentaria en relación a la práctica deportiva en Chile. Instituto Nacional del Deporte. Chiledeportes. Santiago. Disponible en: <http://www.chiledeportes.gov.cl/pdfs/Mujer%20Sedentaria.pdf> [consultado 21 06 2010]
16. Fernández P. Redes sociales, apoyo social y salud. Rev. de Investigación. Y formación en Antropología. Diciembre 2005.[Jun 25] Número 3: 16. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Periferia/article/view/145012/196832>

17. Gracia E. El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós Iberica 1997. Pás. 277-278.
18. Lin, N y Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressors and resource, *American Sociological Review*, 54, págs. 382-399.
19. Zeidner, M. and A. Hammer (1990). "Life events and coping resources as predictors of stress symptoms in adolescents". *Personality and Individual Differences* 11 (7): 693-703.
20. Lin N. Dean, A., Ensel "Social support scales: a methodological note". *Schizophrenia Bulletin*, WM (1981). 1 pp. 73-89.
21. Vrazel E, Saunders R. Wilcox S. An Overview and Proposed Framework of Social-Environmental Influences on the Physical-Activity Behavior of Women. *American Journal of Health Promotion*: September/October 2008, Vol. 23, No. 1, pp. 2-12. Disponible en: <http://www.ajhpcontents.org.pinnacle.allenpress.com/doi/abs/10.4278/ajhp.06070999?journalCode=hepr>.
22. Barrón, A. *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI, (1996). Págs. 10-50. 71-78.
23. Gottlieb, B. H. *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*, Londres, Sage. (1983a), Págs. 101-123.
24. Cobb S. Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Medicine*, 38, (1976), Págs. 300-314.
25. Benjamin Gottlieb, "Support Interventions: A Typology and Agenda for

- Research,” in S.W. Duck (Ed), Handbook of Personal Relationships. (New York: John Wiley & Sons, 1988, Págs. 439-524.
26. Schachter, S. The psychology of the affiliation, Stanford, CA, Stanford University Press. (1959), Págs. 1-12
27. “Recommendations to increase physical activity in communities.” American Journal of Preventive Medicine (2002) 22 (4): 67-72. Disponible en: <http://www.thecommunityguide.org/pa/pa-ajpm-recs.pdf>
28. Hogan, B, Linden W, Et al. “Social Support Interventions: Do they Work?” Clinical Psychology Review (2002). 22 (3): 381-440.
29. Barrón A. Lozano P. & Chacón, F. Autoayuda y Apoyo Social. En: A. Martín, F. Chacón y M. Martínez (Eds.), Psicología Comunitaria, Madrid: Visor 1988 Págs. 205-225.
30. Bellón J, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y habilidad del cuestionario de apoyo social Duke-UNC-11. Atención Primaria 1996; 18: 153-63. Disponible: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n2/art07.pdf>
31. Hulley S, Cummings S, Browner W, Grady D, Newman T, Diseño de Investigaciones Clínicas. 3ª edición. Lippincott Williams & Wilkin, 2008. Págs. 3-56.

ANEXO 1: CUESTIONARIO MOS.

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?
(Personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: _____; _____

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre Amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5

9. Alguien en quien Confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien Divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

ANEXO 2: CUESTIONARIO IPAQ

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA

Estamos interesados en saber acerca de la clase de actividad física que la gente hace como parte de su vida diaria. Las preguntas se referirán acerca del tiempo que usted utilizó siendo físicamente activo(a) en los **últimos 7 días**. Por favor responda cada pregunta aún si usted no se considera una persona activa. Por favor piense en aquellas actividades que usted hace como parte del trabajo, en el jardín y en la casa, para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.

Piense acerca de todas aquellas actividades **vigorosas** y **moderadas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Actividades **vigorosas** son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte que lo normal. Actividades **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte que lo normal.

PARTE 1: ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADA CON EL TRABAJO

La primera sección es relacionada con su trabajo. Esto incluye trabajos con salario, agrícola, trabajo voluntario, clases, y cualquier otra clase de trabajo no pago que usted hizo fuera de su casa. No incluya trabajo no pago que usted hizo en su casa, tal como limpiar la casa, trabajo en el jardín, mantenimiento general, y el cuidado de su familia. Estas actividades serán preguntadas en la parte 3.

1. ¿Tiene usted actualmente un trabajo o hace algún trabajo no pago fuera de su casa?

Sí

➔ No *Pase a la PARTE 2: TRANSPORTE*

Las siguientes preguntas se refieren a todas las actividades físicas que usted hizo en los **últimos 7 días** como parte de su trabajo pago o no pago. Esto no incluye ir y venir del trabajo.

2. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días realizó usted actividades físicas **vigorosas** como levantar objetos pesados, excavar, construcción pesada, o subir escaleras **como parte de su trabajo**? Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

_____ Días **por semana**

Ninguna actividad física vigorosa relacionada con el trabajo

➔ *Pase a la pregunta 4*

No sabe/No está seguro(a)

3. ¿Cuánto tiempo en total usualmente le toma realizar actividades físicas **vigorosas** en uno de esos días que las realiza como parte de su trabajo?

_____ **Horas por día**

_____ **Minutos por día**

No sabe/No está seguro(a)

4. Nuevamente, piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos. Durante **los últimos 7 días**, ¿Cuántos días hizo Usted actividades físicas **moderadas** como cargar cosas ligeras **como parte de su trabajo**? Por favor no incluya caminar.

_____ Días **por semana**

No actividad física moderada relacionada con el trabajo

➔ *Pase a la pregunta 6*

5. ¿Cuánto tiempo en total usualmente le toma realizar actividades físicas **moderadas** en uno de esos días que las realiza como parte de su trabajo?

_____ **Horas por día**
_____ **Minutos por día**

No sabe/No está seguro(a)

6. Durante **los últimos 7 días**, ¿Cuántos días **caminó** usted por lo menos 10 minutos continuos **como parte de su trabajo**? Por favor no incluya ninguna caminata que usted hizo para desplazarse de o a su trabajo.

_____ **Días por semana**

Ninguna caminata relacionada con trabajo

➔ ***Pase a la PARTE 2: TRANSPORTE***

7. ¿Cuánto tiempo en total pasó generalmente **caminado** en uno de esos días como parte de su trabajo?

_____ **Horas por día**
_____ **Minutos por día**

No sabe/No está seguro(a)

PARTE 2: ACTIVIDAD FISICA RELACIONADA CON TRANSPORTE

Estas preguntas se refieren a la forma como usted se desplazó de un lugar a otro, incluyendo lugares como el trabajo, las tiendas, el cine, entre otros.

8. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días **viajó usted en un vehículo de motor** como un tren, bus, automóvil, o tranvía?

_____ **Días por semana**

No viajó en vehículo de motor → *Pase a la pregunta 10*

9. Usualmente, ¿Cuánto tiempo gastó usted en uno de esos días **vijando** en un tren, bus, automóvil, tranvía u otra clase de vehículo de motor?

_____ **Horas por día**
_____ **Minutos por día**

No sabe/No está seguro(a)

Ahora piense únicamente acerca de **montar en bicicleta** o **caminatas** que usted hizo para desplazarse a o del trabajo, haciendo mandados, o para ir de un lugar a otro.

10. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días **montó usted en bicicleta** por al menos 10 minutos continuos para **ir de un lugar a otro**?

_____ **Días por semana**

No montó en bicicleta de un sitio a otro

→ *Pase a la pregunta 12*

11. Usualmente, ¿Cuánto tiempo gastó usted en uno de esos días **montando en bicicleta** de un lugar a otro?

_____ **Horas por día**
_____ **Minutos por día**

No sabe/No está seguro(a)

12. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días caminó usted por al menos 10 minutos continuos para ir **de un sitio a otro**?

_____ **Días por semana**

No caminatas de un sitio a otro



***Pase a la PARTE 3:
TRABAJO DE LA
CASA,
MANTENIMIENTO
O DE LA CASA, Y
CUIDADO DE LA
FAMILIA***

13. Usualmente, ¿Cuánto tiempo gastó usted en uno de esos días **caminando** de un sitio a otro?

_____ **Horas por día**
_____ **Minutos por día**

No sabe/No está seguro(a)

PARTE 3: TRABAJO DE LA CASA, MANTENIMIENTO DE LA CASA, Y CUIDADO DE LA FAMILIA

Esta sección se refiere a algunas actividades físicas que usted hizo en los **últimos 7 días** en y alrededor de su casa tal como como arreglo de la casa, jardinería, trabajo en el césped, trabajo general de mantenimiento, y el cuidado de su familia.

14. Piense únicamente acerca de esas actividades físicas que hizo por lo menos 10 minutos continuos. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas **vigorosas** tal como levantar objetos pesados, cortar madera, palear nieve, o excavar **en el jardín o patio**?

_____ **Días por semana**

Ninguna actividad física vigorosa en el jardín o patio

➔ **Pase a la pregunta 16**

15. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas **vigorosas** en el jardín o patio?

_____ **Horas por día**

_____ **Minutos por día**

No sabe/No está seguro(a)

16. Nuevamente, piense únicamente acerca de esas actividades físicas que hizo por lo menos 10 minutos continuos. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas **moderadas** tal como cargar objetos livianos, barrer, lavar ventanas, y rastrillar **en el jardín o patio**?

_____ **Días por semana**

Ninguna actividad física moderada en el jardín o patio

➔ **Pase a la pregunta 18**

17. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas **moderadas** en el jardín o patio?

_____ **Horas por día**
_____ **Minutos por día**

No sabe/No está seguro(a)

18. Una vez más, piense únicamente acerca de esas actividades físicas que hizo por lo menos 10 minutos continuos. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas **moderadas** tal como cargar objetos livianos, lavar ventanas, estregar pisos y barrer **dentro de su casa**?

_____ **Días por semana**

Ninguna actividad física moderada dentro de la casa



***Pase a la PARTE 4:
ACTIVIDADES
FISICAS DE
RECREACIÓN,
DEPORTE Y
TIEMPO LIBRE***

19. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas **moderadas** dentro de su casa?

_____ **Horas por día**
_____ **Minutos por día**

No sabe/No está seguro(a)

PARTE 4: ACTIVIDADES FÍSICAS DE RECREACIÓN, DEPORTE Y TIEMPO LIBRE

Esta sección se refiere a todas aquellas actividades físicas que usted hizo en los **últimos 7 días** únicamente por recreación, deporte, ejercicio o placer. Por favor no incluya ninguna de las actividades que ya haya mencionado.

20. Sin contar cualquier caminata que ya haya usted mencionado, durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días **caminó** usted por lo menos 10 minutos continuos **en su tiempo libre**?

_____ **Días por semana**

Ninguna caminata en tiempo libre → *Pase a la pregunta 22*

21. Usualmente, ¿Cuánto tiempo gastó usted en uno de esos días **caminando** en su tiempo libre?

_____ **Horas por día**

_____ **Minutos por día**

No sabe/No está seguro(a)

22. Piense únicamente acerca de esas actividades físicas que hizo por lo menos 10 minutos continuos. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas **vigorosas** tal como aeróbicos, correr, pedalear rápido en bicicleta, o nadar rápido en su **tiempo libre**?

_____ **Días por semana**

Ninguna actividad física vigorosa en tiempo libre



Pase a la pregunta 24

23. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas **vigorosas** en su tiempo libre?

_____ **Horas por día**

_____ **Minutos por día**

No sabe/No está seguro(a)

24. Nuevamente, piense únicamente acerca de esas actividades físicas que hizo por lo menos 10 minutos continuos. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas **moderadas** tal como pedalear en bicicleta a paso regular, nadar a paso regular, jugar dobles de tenis, **en su tiempo libre**?

_____ **Días por semana**

Ninguna actividad física moderada en tiempo libre

➔ *Pase a la PARTE 5: TIEMPO DEDICADO A ESTAR SENTADO(A)*

25. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas **moderadas** en su tiempo libre?

_____ **Horas por día**

_____ **Minutos por día**

No sabe/No está seguro(a)

PARTE 5: TIEMPO DEDICADO A ESTAR SENTADO(A)

Las últimas preguntas se refieren al tiempo que usted permanece sentado(a) en el trabajo, la casa, estudiando, y en su tiempo libre. Esto incluye tiempo sentado(a) en un escritorio, visitando amigos(as), leyendo o permanecer sentado(a) o acostado(a) mirando televisión. No incluya el tiempo que permanece sentado(a) en un vehículo de motor que ya haya mencionado anteriormente.

26. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuánto tiempo permaneció **sentado(a)** en un **día en la semana**?

_____ **Horas por día**
_____ **Minutos por día**

No sabe/No está seguro(a)

27. Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuánto tiempo permaneció **sentado(a)** en un **día del fin de semana**?

_____ **Horas por día**
_____ **Minutos por día**

No sabe/No está seguro(a)

Este es el final del cuestionario, gracias por su participación.

ANEXO 3: Matriz de Clasificación Socioeconómica de los

Hogares de Chile, Adimark

		CANTIDADES DE BIENES DEL HOGAR (Ducha + TV color + Refrigerador + Lavadora + Calefont + Microondas + TV Cable o Satelital + PC + Internet + Vehículo)											% Hogares Por nivel de Estudio
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
NIVEL DE ESTUDIO	Sin estudios	E	E	E	E	E	D	D	D	D	C3	C3	5,3
	Básica incompleta	E	E	E	E	E	D	D	D	C3	C3	C3	25,5
	Básica completa	E	E	D	D	D	D	D	C3	C3	C3	C3	8,5
	Media incompleta	D	D	D	D	D	D	D	C3	C3	C3	C2	17,9
	Media completa	D	D	D	D	C3	C3	C3	C3	C2	C2	C2	21,9
	Técnica incompleta	C3	C3	C3	C3	C3	C2	C2	C2	C2	C2	ABC1	5,2
	Técnica completa o universitaria incompleta	C3	C3	C3	C3	C3	C2	C2	C2	C2	ABC1	ABC1	7,7
	Universitaria completa o más	C3	C3	C3	C3	C3	C2	C2	C2	ABC1	ABC1	ABC1	8,0
	% Hogares por Cantidad de Bienes		3,8	5,7	5,6	9,1	15,2	18,9	15,0	10,3	7,2	5,1	4,2

ANEXO 4:

Carta de Consentimiento Informado.

En nuestra región el porcentaje de mujeres sedentarias es asombrosamente alto y con el paso del tiempo va en aumento. En un intento de crear nuevas intervenciones que sean más efectivas que las ya existentes, que no consideran los diferentes aspectos que determinan la práctica o no de actividad física, le invitamos a participar de una intervención que tiene como propósito determinar si la incorporación a un grupo de apoyo tiene relación con los niveles de actividad física a través de la generación de lazos de compañerismo y amistad con otras mujeres participantes que comparten similares inquietudes y motivaciones.

La realización de este estudio no representa riesgo alguno para su salud, por no ser una intervención de carácter invasivo. Este estudio contará con la aprobación del Comité Ético – Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera.

El estudio se iniciará con la aplicación de dos cuestionarios, uno relacionado con el nivel de actividad física y el otro con el de apoyo social. Además se requerirá conocer datos como el sexo, edad, nivel socioeconómico y educacional, constitución del grupo familiar, situación laboral. Si UD. Acepta participar del estudio, deberá firmar un consentimiento informado en el cual deje constancia de su intención de incorporarse a la investigación.

La intervención constará de ocho meses de trabajo grupal, donde se reunirán una vez a la semana en su respectiva sede social, estará liderado por un psicólogo que guiará el trabajo y orienta las diferentes dinámicas, talleres. También asistirán a charlas de carácter informativas. Además se realizarán dentro de los mismos horarios sesiones de actividad física como baile entretenido, aeróbica entre otras, que serán guiadas por un profesor de educación física.

Una vez finalizada la intervención se volverán a aplicar los cuestionarios y seis meses después de terminado el estudio se repetirá la acción.

Debido a que su asistencia es fundamental, se le solicitará una participación del 90% de todas de las sesiones, de lo contrario no considere ingresar al estudio. Es de gran importancia que usted esté en conocimiento de que tiene el derecho de rehusarse a la participación en este estudio, o abandonarlo cuando usted lo estime conveniente. Ya que su participación es absolutamente voluntaria.

La fecha de aplicación de los cuestionarios se le indicarán oportunamente. La información obtenida tanto de los cuestionarios como de la entrevista será de carácter confidencial y sólo será utilizada en la investigación.

Si tuviese alguna consulta puede contactar con el investigador principal, o con el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera, o contactarse con la directora del comité Gloria San Miguel, al fono: 45-325736.

Desde ya se agradece su disposición y colaboración en el estudio

Yo _____ Rut _____ he sido
informada acerca de los objetivos, características generales y metodología de este
estudio, y por tanto acepto participar en este estudio.

Firma de la paciente

Firma del investigador