

UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DEL HUMANO Y CALIDAD DE VIDA

**CORRELATOS PSICOSOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS
PRÁCTICAS Y CREENCIAS DE LOS ESTILOS DE VIDA DE
DIRECTORES DE PROGRAMAS, INSTRUCTORES Y
ENTRENADORES PERSONALES QUE TRABAJAN EN LOS
CENTROS DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO (CAF) DEL ÁREA
METROPOLITANA DE SAN JOSÉ**

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud, para optar por el título de Magíster Scientiae

Pablo Esteban Herrera Rojas

Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica

2017

**CORRELATOS PSICOSOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS PRÁCTICAS Y CREENCIAS
DE LOS ESTILO DE VIDA DE DIRECTORES DE PROGRAMAS, INSTRUCTORES Y
ENTRENADORES PERSONALES QUE TRABAJAN EN LOS CENTROS DE
ACONDICIONAMIENTO FÍSICO (CAF) DEL ÁREA METROPOLITANA DE SAN
JOSÉ**

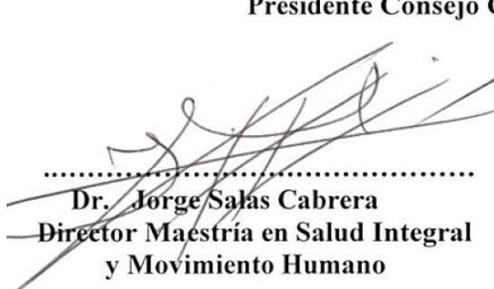
PABLO ESTEBAN HERRERA ROJAS

Tesis sometida a la consideración del tribunal Examinador de tesis de posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud, para obtener el título de Magister Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el sistema de Estudios de Postgrado de la Universidad Nacional Heredia, Costa Rica

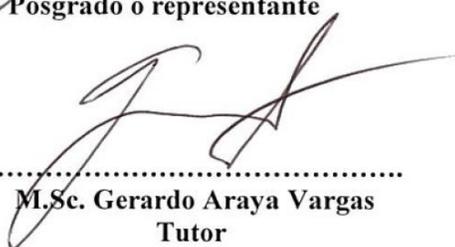
Miembros del Tribunal Examinador



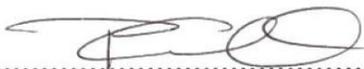
.....
M.Sc. José Rodríguez Zelaya
Presidente Consejo Central de Posgrado o representante



.....
Dr. Jorge Salas Cabrera
Director Maestría en Salud Integral
y Movimiento Humano



.....
M.Sc. Gerardo Araya Vargas
Tutor



.....
M.Sc. Pedro Cambronero Orozco
Asesor



.....
M.Sc. Irina Anchía Umaña
Asesora



.....
Pablo Esteban Herrera Rojas
Sustentante

Tesis sometida a la consideración del tribunal Examinador de tesis de posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud, para obtener el título de Magister Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el sistema de Estudios de Postgrado de la Universidad Nacional Heredia, Costa Rica

Resumen

El propósito del estudio fue analizar la relación entre factores psicosociodemográficos y diversas prácticas y creencias que caracterizan los estilos de vida de las personas que trabajan como directores de programas, instructores y entrenadores personales en los centros de acondicionamiento físico ubicados en el área Metropolitana de San José. El instrumento utilizado para medir el estilo de vida fue el cuestionario “Prácticas y creencias sobre estilos de vida” elaborado por Arrivillaga, Salazar, y Gómez (2002). El cuestionario está formado por 116 ítems distribuidos en dos subescalas: prácticas (69 ítems) y creencias (47 ítems). Los sujetos seleccionados para el estudio fueron los directores de programas, instructores de planta y entrenadores personales que laboran en los gimnasios que se ubican en los cantones de Escazú, Santa Ana, Montes de Oca y Desamparados. Hubo 103 instructores que completaron el cuestionario en su totalidad, siendo 72.8% hombres y 27.2% de mujeres. Se encontró en esta población que cerca del 50% no posee bachillerato universitario en ciencias de la salud o deporte, y el 33% no cumple con los requisitos académicos mínimos para el puesto que desempeñan según lo que establece el Manual de NORMAS PARA LA HABILITACIÓN DE CENTROS DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO. Para el análisis estadístico se utilizó correlaciones de Pearson y de Spearman que descubrieron relaciones como las siguientes: instructores con mayor satisfacción en el trabajo tuvieron mejores prácticas de recreación y manejo del tiempo libre ($r=.320$; $p = .001$), instructores con mayor satisfacción de su salario tuvieron mayores prácticas de autocuidado y cuidado médico ($r=.226$; $p =0.28$), instructores con mayor cantidad de horas de trabajo tienen mejores prácticas de autocuidado y cuidado médico ($\rho=.205$; $p =0.40$), entre otras relaciones. Se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre ciertos factores psicosociodemográficos con algunas dimensiones del estilo de vida de los instructores analizados, y también que a pesar de que en términos generales existen puntajes favorables en el estilo de vida, se identificó problemas en ciertas dimensiones como condición, actividad física y deporte (34.9 %), sueño (18%) y consumo de alcohol, tabaco y drogas (7%) que tienen practicas poco y nada saludable.

Abstract

The purpose of this study was to analyze the relationship between the psycho-demographic factors and the different practices and beliefs that characterize the life style of people who work as program directors, coaches and personal trainers in fitness centers located in the Metropolitan Area of San José. The questionnaire 'Life Style Practices and Beliefs' developed by Arrivillaga Salazar and Gomez (2002) was the instrument used to measure life style. The questionnaire comprises 116 items distributed in two subscales: practices (69 items) and beliefs (47 items). The selected study subjects were program directors, in-house trainers and personal trainers who work at the fitness centers located in the cantons of Escazú, Santa Ana, Montes de Oca and Desamparados. One hundred and three study subjects filled in the questionnaire completely, from which 72% were men and 27.2% were women. Among the findings, almost 50% of this population does not have a college bachelor degree in Health and Sport Sciences and 33% does not comply with the minimum academic requirements for the position they hold, according to the Manual of Standards for the Authorization of Fitness Facilities. The correlation of Pearson and Spearman was used for the statistical analysis. They discovered the following correlations: trainers with greater job satisfaction had better recreational practices and free time management ($r=.320$; $p =.001$), trainers with greater salary satisfaction had greater self-care and medical care practices ($r=.226$; $p =0.28$), trainers with greater amounts of working hours had better self-care and medical care practices ($\rho=.205$; $p =0.40$), among other correlations. It is concluded that there is a significant statistic correlation between certain psycho-demographic factors in relation to some life style aspects of the analyzed study subjects. Also, despite of the fact that in general terms there are favorable scores in life style items, problems in aspects such as physical condition, physical activity and sports (34.9%), sleep (18%) and alcohol, tobacco and drug use (7%) were identified in study subjects who have poor or no healthy practices.

Agradecimiento

En primer lugar agradecer a Dios por permitirme estar con vida y con salud para poder realizar este proyecto y así cumplir con un logro profesional más.

Mi madre y padre que siempre me han apoyado en mis proyectos y decisiones académicas y laborales.

Mi pareja Shirley Víquez Vargas que ha sido una fuente motivacional para realizar este proyecto.

Mi tutor de tesis M.Sc. Gerardo Araya Vargas por toda la ayuda, colaboración y guía que me ha brindado durante todo el tiempo en la elaboración de este documento, al igual que mi lector M.Sc. Pedro Cambrero Orozco con quien tengo gran amistad y ha dedicado mucho de su tiempo para ayudarme en este proceso y agradecer igualmente a mi otra lectora M.Sc. Irina Anchía Umaña.

También agradecer a Damaris Arrieta, Norma García y Lady Peña por toda su colaboración, siempre estuvieron muy atentas y en total disposición de ayudarme en la búsqueda de información en la Biblioteca Clemencia Conejo Chacón.

Sin olvidar a las personas encargadas de los Centros de Acondicionamiento Físico que visité y que me permitieron hacer el estudio con los instructores que laboraban en ese momento con ellos.

Dedicatoria

A mi madre Ana Rojas Soto que siempre ha estado apoyándome, aconsejándome y colaborando no solo en mis estudios y carrera profesional, sino que también en todos los aspectos de mi vida. Por ser una mujer ejemplar a la cuál quiero sobre todas las cosas y admiro muchísimo.

Maye te amo y muchas gracias por todo.

Índice

Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Agradecimiento.....	vi
Dedicatoria.....	vii
Índice	viii
Índice de tablas	x
Listado de abreviaturas	xiv
Descriptores	xv
Capítulo I	1
INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento y delimitación del problema.....	1
Justificación	2
Objetivos	5
General.....	5
Específicos.....	5
Conceptos claves.....	6
Capítulo II.....	7
MARCO CONCEPTUAL	7
Conceptualización de salud.....	7
Estilo de vida saludable.....	9
Antecedentes de profesionales de la salud y su estilo de vida.....	11
Dimensiones que se evalúan en un estilo de vida.....	14
Capítulo III.....	16
METODOLOGIA	16
Participantes	16
Instrumentos y material.....	17

Procedimientos.....	20
Análisis de datos	25
Capítulo IV.....	26
RESULTADOS.....	26
Capítulo V.....	74
DISCUSIÓN	74
Capítulo VI.....	88
CONCLUSIONES	88
Capítulo VII.....	90
RECOMENDACIONES.....	90
BIBLIOGRAFIA	92
ANEXO	105

Índice de tablas

Tabla 1.	Valoración de ítems del cuestionario en cuanto a las prácticas del estilo de vida.....	18
Tabla 2.	Rangos de clasificación del Cuestionario para las Prácticas.....	19
Tabla 3.	Valoración de ítems del cuestionario en cuanto a las creencias del estilo de vida....	19
Tabla 4.	Rangos de clasificación del Cuestionario para las creencias.....	20
Tabla 5.	Rangos de clasificación del Estilo de vida para todo el cuestionario.....	20
Tabla 6.	Comparación de cantones, población, gimnasios del GAM de San José.....	21
Tabla 7.	Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes de respuesta a la pregunta “aprobó bachillerato en enseñanza media” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	26
Tabla 8.	Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “tiene bachillerato universitario relacionado ejercicio” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	27
Tabla 9.	Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “tiene licenciatura universitaria relacionado ejercicio” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	28
Tabla 10.	Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “tiene Maestría o Doctorado relacionado ejercicio” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	29
Tabla 11.	Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “si no tiene ningún título universitario de los anteriores, está estudiando actualmente” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	30
Tabla 12.	Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “posee certificaciones nacionales en salud o entrenamiento deportivo” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	31

Tabla 13.	Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “posee certificaciones internacionales en salud o entrenamiento deportivo” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	32
Tabla 14.	Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “puesto de trabajo dentro del gimnasio” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	33
Tabla 15.	Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “cantidad de horas que trabaja por día” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	34
Tabla 16.	Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “cantidad de lugares donde trabaja” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	35
Tabla 17.	Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “salario mensual.” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	37
Tabla 18.	Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “ingreso extra por funciones que no tienen relación con trabajo de instructor” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	38
Tabla 19.	Relación entre la aprobación del bachillerato en enseñanza media respecto a las certificaciones nacionales relacionadas al ejercicio, según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	39
Tabla 20.	Relación del grado académico bachillerato universitario respecto a las certificaciones nacionales relacionadas al ejercicio según el sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	41
Tabla 21.	Relación del grado académico de bachillerato universitario respecto a las certificaciones nacionales relacionadas al ejercicio y la salud según el puesto de trabajo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	43
Tabla 22.	Relación de los instructores que no tienen grados académicos universitarios pero están estudiando para obtenerlo, respecto a las certificaciones nacionales relacionadas al ejercicio y la salud según el puesto de trabajo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	45

Tabla 23.	Relación del grado académico de Maestría o Doctorado respecto a las certificaciones nacionales relacionadas al ejercicio y la salud según el puesto de trabajo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	48
Tabla 24.	Relación de la cantidad de certificaciones nacionales respecto a la cantidad de horas de trabajo al día y el puesto de trabajo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	50
Tabla 25.	Relación de la cantidad de certificaciones nacionales relacionadas respecto al salario mensual según el sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	52
Tabla 26.	Relación entre la cantidad de certificaciones nacionales respecto al salario mensual y el puesto de trabajo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	53
Tabla 27.	Relación del grado académico de bachillerato universitario respecto a las certificaciones internacionales relacionadas al ejercicio y la salud según el puesto de trabajo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	55
Tabla 28.	Relación entre la cantidad de certificaciones internacionales respecto al salario mensual según el puesto de trabajo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	58
Tabla 29.	Cuadro comparativo de las seis dimensiones (condición, actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabacos y otras drogas, sueño) de la sub escala Prácticas, del cuestionario Prácticas y Creencias sobre estilos de vida, según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	60
Tabla 30.	Cuadro comparativo de las seis dimensiones (condición, actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabacos y otras drogas, sueño) de la sub escala Creencias del cuestionario Prácticas y Creencias sobre estilos de vida, según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	63

Tabla 31.	Resumen de chi cuadrada y grado de significancia, de las seis dimensiones (condición, actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabacos y otras drogas, sueño) del cuestionario Prácticas y Creencias sobre estilos de vida, según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	65
Tabla 32.	Resumen de frecuencias absolutas y porcentajes. Clasificación del estilo de vida según sexo. Respuestas a todo el cuestionario de Prácticas y Creencias de estilos de vida. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	66
Tabla 33.	Resumen de frecuencias absolutas y porcentajes. Clasificación del estilo de vida según puesto de trabajo. Respuestas a todo el cuestionario de Prácticas y Creencias de estilos de vida. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	67
Tabla 34.	Resumen de frecuencias absolutas y porcentajes. Clasificación del estilo de vida según la cantidad de horas de trabajo por día. Respuesta a todo el cuestionario de Prácticas y Creencias de estilos de vida. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	68
Tabla 35.	Resumen de frecuencias absolutas y porcentajes. Clasificación del estilo de vida según el salario mensual. Respuesta a todo el cuestionario de Prácticas y Creencias de estilos de vida. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	69
Tabla 36.	Resumen de correlaciones de Person entre edad, cantidad de lugares de trabajo, satisfacción de trabajo, satisfacción del salario y las prácticas y creencias relativas al estilo de vida. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	70
Tabla 37.	Resumen de correlaciones de Spearman entre edad, cantidad de lugares de trabajo, satisfacción de trabajo, satisfacción del salario mensual y las prácticas y creencias relativas al estilo de vida. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.....	72

Listado de abreviaturas

A: Alto

ACE: American Council on Exercise

ACSM: American College Sport Medicine

B: Bajo

CAF: Centro de Acondicionamiento Físico

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CONARE: Consejo Nacional de Rectores

CONESUP: Consejo Nacional de Enseñanza Superior Universitaria Privada

GAM: Gran Área Metropolitana de San José

HIIT: High Intensity Interval Training

HIPT: High Intensity Power Training

IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Fármaco Dependencia

ICODER: Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación

IDESPO: Instituto de Estudios Sociales en Población

INA: Instituto Nacional de Aprendizaje

MA: Muy alto

MB: Muy bajo

MS: Muy saludable

NAMS: National Academy of Sport Medicine

NCCA: National Commission for Certifying Agencies

NS: No saludable

NSCA: National Strength Conditioning Association

OMS: Organización Mundial de la Salud

PS: Poco saludable

S: Saludable

WHO: World Health Organization

Descriptores

Salud - estilos de vida - entrenadores físicos - Centros Acondicionamiento Físico (CAF)

Capítulo I INTRODUCCIÓN

Planteamiento y delimitación del problema:

La prevención de enfermedades y la promoción de la salud son temas de interés para autoridades de la salud pública en todo el mundo y Costa Rica no es la excepción. Hábitos como la actividad física, el tiempo de sueño, el consumo de alcohol, tabaco, drogas, hábitos alimenticios, autocuidado médico, recreación, manejo del tiempo libre, uso de cinturón de seguridad, cumplimiento de reglas de tránsito, entre otros comportamientos hace que las personas sean más o menos propensas a las enfermedades o a mantener sus estados de salud (Díaz- Llanes, 2005). Cuando algunos de estos hábitos son inadecuados constituyen factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares como por ejemplo la hipertensión y enfermedades endocrinas como la diabetes mellitus, obesidad, entre otras (González et al., 2015). El tratamiento de este tipo de enfermedades crónicas es muy costoso. Por lo cual, intervenir los estilos de vida, promoviendo la salud y la prevención de las enfermedades es el mejor enfoque para el tratamiento de este problema de salud (Williams, Anderson y Rawson, 2015).

Cada vez son más profesionales de la salud que recomiendan cambios en ciertos hábitos que afectan negativamente la salud de las personas. Tratan de estimular que sus clientes o pacientes adopten estilos de vida saludable como una forma de prevenir enfermedades y lograr que tengan una mejor calidad de vida.

Pero, ¿qué pasa cuando son estos mismos profesionales de la salud, que tienen estilos de vida no saludables? Teniendo ellos conocimiento teórico sobre la relación de hábitos respecto a la salud, se esperaría que sean personas que eviten conductas que puedan afectar su salud. Pero se puede ver que existen profesionales de la salud que son sedentarios, con sobrepeso, fumadores, consumidores de alcohol y drogas entre otras cosas, los cuáles no encuentran problema en recomendar hábitos saludables que ellos mismos no practican.

Pueden existir varias razones por las cuales algunas de las personas profesionales de la salud no tienen hábitos de vida saludable, muchas veces son afectados por el medio donde se desenvuelven, incluyendo factores psicológicos, sociales y hasta demográficos. Como menciona Trejo et al. (2015), es necesario valorar los ambientes en los que se desenvuelven estos profesionales. Está comprobado que es ahí donde se aprenden ciertos estilos de vida.

Un grupo de profesionales de la salud que ha ido creciendo en los últimos años son las personas especialistas en actividad y ejercicio físico. La mayoría labora en los centros de acondicionamiento físico, los cuáles también han ido en aumento debido a la demanda de una mayor cantidad de personas que buscan estos lugares para mejorar su salud. Las personas profesionales en actividad y ejercicio físico promueven estilos de vida saludable a clientes que asisten a estos lugares, por lo que se han vuelto profesionales importantes en la mejora de la salud pública. El propósito principal del estudio radica en analizar la relación entre factores psicosociodemográficos y diversas prácticas y creencias que caracterizan los estilos de vida de las personas que trabajan como directores de programas, instructores o entrenadores personales en los centros de acondicionamiento físico ubicados en el Gran Área Metropolitana de San José, Costa Rica.

Justificación:

El estudio de los estilos de vida de las personas y grupos sociales, es un tema fundamental en el ámbito de la investigación del movimiento humano y la salud, en especial ante la problemática de salud pública que viven las sociedades urbanas del siglo XXI y que se relaciona fuertemente con el sedentarismo y la obesidad.

Sanabria-Ferrand, González y Urrego (2007) mencionan que los estilos de vida cobran mayor importancia cuando se trata de profesionales de la salud, pues su impacto sobre la salud pública es doble: además de impactar a un grupo en particular (profesionales de la salud), los estilos de vida de dicho grupo recaen en las acciones de salud de sus pacientes o clientes, al convertirse en modelos de vida para ellos y ellas.

Se puede mencionar como ejemplo las personas especialistas en medicina, quienes desempeñan un papel preponderante en la prevención primaria del sobrepeso, la obesidad y los hábitos inadecuados de alimentación, por lo tanto fungen como modelos sociales y sus propias prácticas impactan negativa o positivamente su credibilidad ante los pacientes (Zhu, Norman y While, 2011) .

También, Lobelo y de Quevedo (2014), afirman en su estudio, que encontraron evidencia consistente que apoya la idea de que los médicos y otros profesionales de la salud físicamente activos tienen más probabilidades de proporcionar asesoramiento de actividad física en sus pacientes y de hecho pueden llegar a ser modelos muy poderosos.

El estilo de vida se puede definir como el conjunto de comportamientos frecuentes que realiza un individuo orientado al mantenimiento de la salud física y mental, entre los cuales se encuentra: actividades lúdicas y deportivas, satisfacción académica y familiar y consumo de alimentos, todo ello en función de las características sociales y culturales de su entorno. (Grimaldo, 2015). Este se va conformando a lo largo de la historia de vida del sujeto, pudiéndose afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos de patrones. Es natural que las personas tiendan a imitar los modelos sociales promovidos en los medios de difusión o comunicación social (Sanabria-Ferrand et al., 2007). Pero esos modelos no solo se observan en estos medios, sino también en la interacción personal cotidiana, como puede ser en la relación cliente-instructor de ejercicio.

Como los estilos de vida pueden ser aprendidos o imitados mediante el modelo social, los profesionales de la salud que tienen estilos de vida saludable pueden ser de gran influencia y motivación hacia las demás personas, y en específico hacia sus propios clientes. Este comportamiento se puede explicar mediante la teoría de la autoeficacia. Esta teoría fue creada por Albert Bandura en la década de los años setenta (Bandura, 1977). La autoeficacia es una poderosa creencia sobre la capacidad de organizar y ejecutar el comportamiento que se necesita para producir un resultado específico (Nigg, 2014).

Es muy importante mencionar que la teoría de la autoeficacia se ve afectada por cuatro fuentes o canales, que son: las experiencias de dominio, las experiencias vicarias, la persuasión social y el estado psicológico (Alvarado y Garrido, 2003; Bandura 1982, 1994; Buckworth, Dishman, O'Connor, Tomporowski, 2013; Cox, 2002).

Para el siguiente estudio es de especial importancia mencionar y aclarar las fuentes de experiencias vicarias y la persuasión social.

Las experiencias vicarias influyen en la autoeficacia porque las personas aprenden observando eventos u otras personas. Cuando una persona observa otra con similares características alcanzar el éxito tras esfuerzos perseverantes, y ser recompensados, aumentan la propia eficacia para llevar a cabo el mismo comportamiento (Buckworth, et al. 2013). Así también, el fracaso ajeno, a pesar de los esfuerzos, reduce la motivación del individuo observador, y de su propia eficacia (Alvarado y Garrido, 2003; Bandura, 1994).

Continuando con la fuente de persuasión social, las personas cuando son persuadidas verbalmente con comentarios positivos por parte de amistades, familia, entrenadores,

generalmente tienen un incremento en su creencia de eficacia (Nigg, 2014). Además, las personas tienden a realizar más esfuerzo y sostenerlo durante más tiempo, cuando se sienten seguros de su capacidad que cuando dudan de sí misma y piensan en sus limitaciones personales (Montoya, 2007).

Montoya (2007), explica que la autoeficacia adquiere un gran valor en el ámbito deportivo, pues de acuerdo con esta teoría, de ella depende la motivación, el esfuerzo, la resistencia al fracaso y la búsqueda de nuevos desafíos, entre otras actitudes manifestadas por el individuo, las cuales son características deseadas por los atletas.

Cabe aclarar que no solo se puede aplicar la teoría de la autoeficacia al rendimiento deportivo, también se aplica a cualquier tarea u objetivo que las personas quieran realizar. Por ejemplo, Nigg (2014), menciona que la autoeficacia en la actividad física juega un rol muy importante.

Por lo tanto, al aplicar la teoría de la autoeficacia en el ámbito de la salud, específicamente en la búsqueda de un estilo de vida saludable, se puede decir que los instructores e instructoras de gimnasios que tienen un estilo de vida saludable son un gran ejemplo y modelo a imitar por parte de los clientes que dirigen en los gimnasios o en las sesiones personalizadas, para que ellos se motiven y también puedan lograr un estilo de vida saludable. Recalcar que la motivación según Coburn y Malek (2014), es un constructo (impulso interior o proceso neural que no puede observarse directamente, sino que debe ser inferido indirectamente a partir de la observación de la conducta) que activa y dirige la conducta. Este constructo hipotético puede describir la fuerza interna o externa que produce la iniciación, dirección, intensidad y persistencia de un comportamiento (Vallerand, Donahue, Lafrenière, 2012). Lo que permite explicar por qué un sujeto realiza una acción determinada en un contexto dado. Si se logra una mayor motivación en las personas y adicional se logra que una cantidad mayor de personas mejoren su estilo de vida, es claro que también va traer muchos beneficios a la salud pública del país.

En los últimos años la población se han acercado a los centros de acondicionamiento físicos con el objetivo de mejorar su salud, esto ha hecho que también la cantidad de gimnasios y profesionales que trabajen en ellos vaya en aumento, y como se describió anteriormente, estos profesionales pueden influir mucho en la motivación para adoptar hábitos saludables de sus clientes y de esta forma ayudar en la mejor de la salud pública del país. Pero no hay que dejar de

lado que las y los instructores también pueden fallar y no tener un estilo de vida saludable, y una causante de ese no saludable estilo de vida lo puede estar provocando el medio donde se desenvuelven, y/o algunos factores sociodemográficos que pueden generar desigualdad en la salud, como la edad, el sexo y estatus socioeconómico (Brenes y Esquivel, 2013; Lima-Serrano, Guerra-Martin, Lima-Rodríguez, 2015). Por lo tanto, el propósito principal del estudio radica analizar la relación entre factores psicosociodemográficos y diversas prácticas y creencias que caracterizan los estilos de vida de las personas que trabajan como directores de programas, instructores o entrenadores personales en los centros de acondicionamiento físico ubicados en el área metropolitana de San José, Costa Rica.

Objetivos:

General

Analizar la relación entre factores psicosociodemográficos y diversas prácticas y creencias que caracterizan el estilo de vida de las personas que trabajan como directores de programas, instructores o entrenadores personales, en centros de acondicionamiento físico ubicados en el área metropolitana de San José.

Específicos

Describir de acuerdo con el sexo, nivel educativo, puesto laboral, características del trabajo y salario recibido, las prácticas y creencias sobre el estilo de vida, de las personas participantes en el estudio.

Describir de acuerdo con el sexo, puesto laboral, cantidad de horas de trabajo por día y salario mensual, la clasificación del estilo de vida en términos de qué tan saludable se podría considerar.

Examinar la relación entre sexo, nivel educativo, puesto laboral, características del trabajo y salario recibido, en la muestra participante.

Analizar la relación entre la clasificación de estilo de vida en términos de qué tan saludable se podría considerar, con respecto a sexo, nivel educativo, puesto laboral, características del trabajo y salario recibido.

Examinar las correlaciones entre los puntajes o los rangos según corresponda de las prácticas, creencias y puntaje total del cuestionario correspondiente, y la edad, la cantidad de

lugares donde se trabaja, el grado de satisfacción con el trabajo y la satisfacción con el salario recibido.

Conceptos claves:

Salud: bienestar óptimo que contribuye a la propia calidad de vida. No es solo estar libre de enfermedades y dolencias. Aunque la ausencia de enfermedades es importante para la buena salud. Una óptima salud incluye alto nivel mental, social, emocional, espiritual y bienestar físico dentro de los límites hereditarios y habilidades personales (Corbin, Welk, Corbin y Welk, 2009).

Estilo de vida: es una libre elección de conductas que lleva a las personas a elegir hábitos de vida saludable o no saludable, lo que traerá como consecuencia una mejor o peor calidad de vida relacionada con la salud (Henández-Murúa et al., 2015).

Centros de Acondicionamiento Físico (CAF): establecimientos cuya función se relaciona con el ejercicio físico, salud, deporte, rehabilitación y la recreación, que ejecutan actividades relacionadas con entrenamiento en planes y programas de ejercicios individuales y colectivas, cuyo fin es mejorar y mantener la aptitud física de los clientes (Ministerio de Salud, 2007).

Director de Programa: encargado como responsable técnico del centro de acondicionamiento físico (Ministerio de Salud, 2007).

Instructor: persona encargada de dirigir las sesiones de ejercicio grupales en cualquiera de sus modalidades y los programas de ejercicios contra resistencia en los CAF, prescritas por el director de programa (Ministerio de Salud, 2007).

Entrenador Personal: profesional contratado directamente por el cliente y autorizado por la administración del CAF para que atienda en forma personalizada y exclusiva a un cliente (Ministerio de Salud, 2007).

Capítulo II

MARCO CONCEPTUAL

Es claro y está reconocido por casi todas las personas, y en especial, profesionales como médicos deportivos, profesores de educación física, instructores de ejercicio, psicólogos, nutricionistas, terapeutas físicos, deportistas, instituciones estatales y hasta los padres y madres de casi cualquier niño, que la actividad física, ejercicio y buenos hábitos alimenticios, inciden de forma positiva sobre la salud. Siendo considerados como algunas de las bases fundamentales para el buen estado de salud. Su práctica regular y moderada produce una mejora en el estado de bienestar general de cada individuo (Gómez, Jurado, Viana, Da Silva, Hernández, 2005).

Los beneficios de éstas prácticas se pueden observar tanto a nivel físico, emocional y social tanto desde la niñez hasta la edad adulta. Muchas de las enfermedades crónicas como el cáncer, derrame cerebral, diabetes, enfermedades pulmonares, enfermedad en arterias coronarias, pueden prevenirse mediante conductas apropiadas relacionadas con el estilo de vida (Willian et al. 2015).

Un punto muy importante por aclarar es la definición de salud. Este concepto es bastante amplio y a veces difícil de definir.

Según, Corbin, Welk, Corbin, Welk (2009), hace 50 años atrás, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definía salud como; algo más que estar sin enfermedades, dolencias y condiciones debilitantes. Antes de esa fecha, las personas eran consideradas saludables si no estaban enfermas.

Estos mismos autores actualmente definen salud como: bienestar óptimo que contribuye a la propia calidad de vida. No solo es estar libre de enfermedades y dolencias. Aunque la ausencia de enfermedades es importante para la buena salud. Una óptima salud incluye alto nivel mental, social, emocional, espiritual y bienestar físico dentro de los límites hereditarios y habilidades personales.

Por su parte, Sánchez (2006), menciona que la salud es algo más que un estado, es un sutil proceso dinámico, en el que se está más o menos sano, más o menos enfermo; es algo más que la ausencia de enfermedad y el completo bienestar. El completo bienestar es el síntoma subjetivo de la salud. Salud es una expresión de homeostasis, del equilibrio dinámico de la materia, formas y función del organismo en relación con las exigencias ambientales.

Pero a la definición de salud le han agregado un componente más, el bienestar. Se refieren a este término como el componente positivo de una óptima salud. Está caracterizado por permitir la expansión del potencial propio para vivir y trabajar efectivamente y hacer una contribución significativa para la sociedad (Corbin et al. 2009).

El termino bienestar evalúa los aspectos positivos de la vida de las personas, tales como las emociones positivas y la satisfacción con la vida. Es un estado relativo donde se maximiza el funcionamiento físico, mental y social en el contexto de un ambiente de apoyo para vivir satisfactoriamente y en pleno productivo (Healthy People, 2016).

También Robbins, Powers y Burgess (2009), definen el bienestar como un nivel integrado y dinámico de funcionamiento, orientado a maximizar el potencial, en función de la auto-responsabilidad. Bienestar incluye no solo comportamientos preventivos de salud, sino que también un cambio de mentalidad y actitud. Es un pensamiento para toda la vida, de crecimiento y mejoramiento en lo emocional, espiritual, físico, ocupacional, intelectual, medio ambiente y social dimensiones.

Los altos niveles de bienestar los puede lograr personas de todas las edades, de diferentes niveles socioeconómicos, y todo tipo de personas. Implica trabajar en convertirse en lo mejor que puede ser sin aceptar las tradicionales limitaciones (ejemplo: edad, sexo, herencia, etcétera) (Robbins et al. 2009).

Con el término de bienestar, se busca un equilibrio cuerpo/mente, es decir el bienestar físico, psíquico y emocional. Cuando se mejora el bienestar se mejora el equilibrio cuerpo/mente, el sistema propioceptivo, la conciencia del cuerpo, la gestión de emociones. Con el bienestar se educan los hábitos para que sean sanos, para que haya una armonía física, psíquica y emocional. No solo comiendo saludable y evitando malos hábitos como el fumar, sino también gestionando el tiempo libre, haciendo las cosas sin estrés, aprendiendo a respirar correctamente etcétera. (Enciclopedia libre online, 2014).

Esta unión que se hace entre la salud física, la salud mental, la salud emocional, la interacción con el medio ambiente, las relaciones sociales y demás aspectos que son parte de la vida cotidiana, hacen que se integre en otro concepto que se llama estilos de vida saludable.

Los estilos de vida saludables, conlleva a las personas a alejarse del consumo de tóxicos (alcohol, tabaco, drogas), de hábitos insanos (malas costumbres nutritivas, no respeto del ciclo sueño-vigilia) y del sedentarismo (Gómez et al. 2005). Por su parte Henández-Murúa, et al.

(2015), mencionan que los sujetos que presentan excelentes hábitos en su estilo de vida influirán positivamente en su salud física y mental, en contra parte, sujetos que presentan regulares o malos hábitos pueden influir afectando su salud física y mental y verse disminuida su calidad de vida relacionada con la salud. Además, Brenes y Esquivel (2013), mencionan que la salud de una persona depende de los estilos de vida y las condiciones en las que viven y trabajan, cada quien es responsable de asegurar una dieta saludable, realizar actividad física, evitar el consumo de drogas, conocer los efectos dañinos que provocan a los diferentes sistemas del cuerpo humano, ya sea a mediano o largo plazo: por lo tanto, las decisiones personales pueden significar o no, un declive a la salud en el futuro.

Por lo tanto, el estudio de los estilos de vida de las personas y grupos sociales, es un tema fundamental en el ámbito de la investigación del movimiento humano y la salud, en especial ante la problemática de salud pública que viven las sociedades urbanas del siglo XXI y que se relaciona fuertemente con el sedentarismo y la obesidad.

El estilo de vida es un constructo que se ha usado de manera genérica para hacer referencias al modo o forma de vivir (Moscoso, Sánchez, Martín, Pedrajas, 2015). También Henández-Murúa, et al. (2015), mencionan que el estilo de vida es una libre elección de conductas que lleva a las personas a elegir hábitos de vida saludables o no saludables, lo que traerá como consecuencia una mejor o peor calidad de vida relacionada con la salud.

El estilo de vida de las personas actualmente ha sufrido modificaciones que en gran parte responden a los cambios en los patrones de mortalidad, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población específica aunado a las transformaciones demográficas, sociales y económicas (Abala, Olivares, Salinitas, Vio, 2004). Un claro ejemplo de esto es que actualmente la sociedad consumista donde la persona tiene jornadas laborales extenuantes que no le permiten realizar otras actividades que contribuyan a la mejora de su estilo de vida, como hacer ejercicio físico, tener un horario de alimentación regular, recreación entre otros aspectos. Todos estos factores han determinado cambios en el estilo de vida, ya que han llevado al sedentarismo, a malos hábitos alimentarios y a vivir en una vida permeada por exceso de estrés, donde se disminuye la posibilidad de mantener factores protectores que contribuyan a mejorar la calidad de vida (Bolaños, León, Chinchilla, Rivera, Tucker, 2007).

Por su parte, Rojas (2013), menciona que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estilo de vida como un conjunto de patrones de comportamientos identificables y

relativamente estables en el individuo o en una sociedad determinada. Dicho estilo de vida resulta de la intervención entre las características individuales, la intervención social y las condiciones de la vida socioeconómica y ambiental en que viven las personas. También, Brenes y Esquivel (2013), citan que los estilos de vida representan patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y culturales, las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Dentro de los estilos de vida, existen hábitos o conductas positivas y negativas, que influyen en la salud y el bienestar de la persona, lo cual es propicio de cada ser humano, pues es él o ella quien decide su estilo de vivir.

El estilo de vida se va conformando a lo largo de la historia de vida del sujeto, pudiéndose afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos de patrones. Es natural que las personas tiendan a imitar los modelos sociales promovidos en los medios de difusión o comunicación social (Sanabria-Ferrand et al. 2007). Pero esos modelos no solo se observan en estos medios, sino también se pueden observar en la interacción personal cotidiana, como en la relación que puede existir entre un profesional de la salud y su cliente o paciente. Por ejemplo, la relación médico-paciente, nutricionista-cliente o instructor-cliente, entre otros.

Los autores Sanabria-Ferrand et al. (2007), mencionan que los estilos de vida cobran mayor importancia cuando se trata de profesionales de la salud, pues su impacto sobre la salud pública es doble: además de impactar a un grupo en particular (profesionales de la salud), los estilos de vida de dicho grupo recaen en las acciones de salud de sus pacientes o clientes, al convertirse en modelos de vida para ellos y ellas.

Mencionando algunos profesionales de la salud como son los médicos, Frank (2004), ha aportado evidencias que demuestran que los médicos que cuidan su salud y practican estilos de vida saludables, tienen mayor probabilidad de inducir en sus pacientes hábitos igualmente saludables y de tener mayor éxito en el seguimiento de sus recomendaciones, contrario a aquellos médicos que no tienen hábitos saludables, que tienden a practicar una medicina curativa en lugar de preventiva y que probablemente son poco escuchados por sus pacientes cuando les recomiendan comportamientos que evidentemente, ellos tampoco practican.

Aunque tener un estilo de vida saludable en los profesionales de la salud es muy importante para tener una mayor influencia en sus clientes, se encuentran estudios que evaluaron

el estilo de vida de estos profesionales y los resultados no son los mejores. Un estudio realizado por Sanabria-Ferrand, et al. (2007), evaluó los estilos de vida de doctores y enfermeras en las principales ciudades de Colombia y encontraron que sólo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras presentan un estilo de vida saludable y que el principal problema está relacionado con la actividad física y el deporte, cabe aclarar que utilizaron el mismo cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida que se utilizará en el presente estudio.

Otro estudio realizado por Trejo et al. (2015), en un hospital en Zacatecas México, donde analizaron estilos de vida de 160 personas del personal de enfermería encontraron que un 65.4% de los encuestados se clasificó con un estilo de vida poco saludable. El 70% de la muestra tenían sobre peso u obesidad y un tercio no duerme el tiempo suficiente (7 horas) y más de la mitad comentó pasar sueño durante el día.

Las autoras Bolaños et al. (2007), realizaron una revisión de artículos, tesis, estudios, y proyectos de investigación que tuvo como principal objetivo analizar los estilos de vida saludable. Refiriéndose a los estudios realizados en Costa Rica se puede mencionar el que reporta el Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO), el cual trato de conocer la opinión de la ciudadanía acerca de su estado de salud y las prácticas personales y sociales que podrían estar incidiendo, por lo que realizaron el estudio “Percepción de la ciudadanía costarricense sobre estilos de vida y servicios de salud” en el año 2004 y luego también en el año 2006. Los autores de estos estudios fueron Sandoval, Pernudi, Solórzano, Segura y Bustos (2006). Donde mencionan que el costarricense tiene un estilo de vida poco saludable, debido a que sus conductas cotidianas son muy sedentarias, lo cual trae consigo la posibilidad de adquirir diversas enfermedades.

Por su parte Miranda y Sirias (2004), caracterizaron los estilos de vida de profesionales en enfermería y encontraron que la población está en riesgo de sedentarismo, por la jornada laboral mayor a 8 horas y por atender múltiples actividades (casa, hijos, estudio, etcétera). Al final del estudio demostraron que los profesionales de enfermería en su mayoría poseen buenos estilos de vida, sin embargo, hay aspectos que deben ser reforzados tales como la actividad física, ya que hay presencias de manifestaciones somáticas frecuentes y el tipo de actividad recreativa que realizan favorece el sedentarismo (Oviedo, 2012).

También Umaña (2005), encontró un alto porcentaje de profesionales en enfermería presentaban estilos de vida no saludables en cuanto a alimentación, exceso de trabajo, falta de

ejercicio físico, relaciones interpersonales, familiares y laborales, participación comunal, técnicas para el manejo del estrés y autoexámenes físicos. También menciona que el sexo es determinante en el estilo de vida y la salud de las personas y que el proceso de trabajo de enfermería tiene implicaciones negativas en la salud del profesional, las cuales pueden incrementarse según el puesto y servicio de trabajo (Oviedo, 2012).

Luego, el estudio realizado por Rugama (2014), que evaluó a los funcionarios del área de salud de Barranca de Puntarenas, donde encontró altos porcentajes de riesgo en la dimensión de condición física, donde casi no dedicaban tiempo para ejercitarse al menos 30 min al día, tres veces por semana y también presentaban bajos porcentajes de autocuidado y cuidado médico, implicando que poseen bajos niveles desde la perspectiva de conducta protectora, no realizando chequeos médicos como exámenes de mama, Papanicolaou, próstata, glaucoma, entre otras.

Después de hacer una revisión de literatura sobre estilos de vida para su estudio, Sterling, (2015), concluyó que los profesionales de salud (incluidos los del área de psicología) tanto en Costa Rica como en otros países sufren un deterioro de hábitos de vida saludable, inclusive los estudiantes universitarios, mencionando que los factores sociodemográficos, cognitivos, emocionales y conductuales pueden influir en la presencia o ausencia de hábitos de vida saludable de distintas poblaciones.

Recientemente, Jiménez y Hernández (2016), realizaron un estudio sobre actividad física y otros hábitos de vida en estudiantes de medicina de la Universidad de Costa Rica, los cuales se convertirán en profesionales de la salud en poco tiempo y encontraron que un 52, 91% ingiere bebidas alcohólicas, el 40% no realizaba ejercicio físico y entre quienes si lo hacían el 68,93% dedicaba en promedio solamente 7.78 minutos a dicha actividad.

En una población que se relaciona un poco más con los sujetos que se escogieron en este estudio ya que los Educadores Físicos también pueden trabajar en centros de acondicionamiento físico, los autores Monge y Mosquera (1999), investigaron la calidad de vida del educador físico costarricense del área metropolitana de San José, el objetivo era conocer y analizar la calidad de vida de hombres y mujeres que laboraban en el Ministerio de Educación Pública como educadores físicos y educadoras físicas. Teóricamente partió de tres dimensiones: el trabajo, el tiempo libre y la salud, a partir de este planteamiento les fue posible conocer que la calidad de vida que tenían las personas estudiadas no era idónea, pues presentaba múltiples deficiencias en tales dimensiones (Bolaños et al 2007).

De momento no se encuentra información o reportes que evalúen estilos de vida específicamente en entrenadores o instructores de gimnasio, por lo que el presente estudio es el primero en analizar a este grupo de profesionales que laboran en la gran área metropolitana de San José.

Se debe recordar que los instructores e instructoras que trabajan en los centros de acondicionamiento físico al igual que cualquier otra persona están expuestos a diferentes factores que pueden influir negativamente en su estilo de vida, a pesar que sea un profesional que se dedique a prescribir, motivar e impulsar a las personas para que tengan hábitos saludables. Como menciona Arrivillaga y Salazar (2005), es bien sabido que los nichos sociales, las presiones laborales y económicas entre otros aspectos han determinado la adopción de estilos de vida que no son saludables. Apoyando este criterio, Brenes y Esquivel (2013), concluyen que las condiciones sociales, económicas, ambientales, políticas e inclusive ambientales afectan los estilos de vida. Si bien es cierto cada ser humano tiene la potestad de decidir qué tipo de vida desea vivir, estos condicionamientos (ajenos a su control individual) hacen que muchas ocasiones no se den. Es decir, que a pesar de que existe un factor individual, hay un gran conocimiento social que sumado hace que las personas y las poblaciones disfruten de diversos estilos de vida; los cuales reflejan en inequidades en cuanto a la alimentación y a la realización o no de deportes como ejemplos.

Además, si se toma en cuenta lo que menciona Delgado (2010), que en Costa Rica una proporción apreciable de la población del país vive en condiciones sociales, económicas y ambientales que actúan en detrimento de la salud física y mental, del bienestar, la calidad de vida e inclusive de la integridad física, existe la posibilidad que alguno o algunos de los instructores que trabajan en los centros de acondicionamiento físico puedan estar siendo afectados por estos factores o condiciones y repercuta en su estilo de vida.

Al estar involucrados muchas condiciones y factores en un estilo de vida, los cuestionarios que tratan de medirlo valoran diferentes dimensiones, para luego poder determinar cómo es el estilo de vida de una persona. El cuestionario de Prácticas y Creencias sobre estilo de vida (se describe más adelante en la parte de instrumentos y material de la metodología), evalúa seis dimensiones del estilo de vida, las cuales se explican a continuación:

Ejercicio y actividad física: actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por la contracción de músculos esqueléticos, con un incremento del gasto energético (Liguori y Schuna, 2014). Esta se produce gracias al trabajo conjunto y coordinado de los sistemas muscular, nervioso y esquelético (Coburn y Malek, 2014). Realizar ejercicio o tener actividad física como parte del estilo de vida disminuye el riesgo de enfermedad coronaria y prevención de enfermedades crónicas. A nivel psicológico también tiene un efecto positivo, puesto que ayuda a la regulación emocional, reduce la ansiedad, la tensión y la depresión y aumenta la sensación de bienestar (Elizondo, Guillén y Aguinaga, 2005; Ramírez-Hoffman, 2002).

Tiempo de Ocio: es una parte integral de las actividades humanas. Es el tiempo lejos de la vida profesional, familiar y obligaciones sociales, el tiempo durante el cual el individuo elige a su gusto el contenido y forma de su actividad que quiere realizar de acuerdo a sus deseos, necesidades e inclinaciones (Ignatov, 2016).

Autocuidado y cuidado médico: se refiere a los comportamientos voluntarios que realizan las personas para beneficio de su salud, que implica cuidarla cuando este en sus manos (cuidar la higiene, tomarse los medicamentos según la prescripción médica, realizarse exámenes, explorar el propio cuerpo, llevar a cabo medidas de seguridad como el uso del cinturón de seguridad, respetar señales de tránsito) para impedir que aparezcan las lesiones, detectar a tiempo síntomas o señales de enfermedad que facilite una pronta recuperación en caso que exista una afectación. Todos estos comportamientos implican un mayor nivel de responsabilidad personal (Brannon y Feist, 2001).

Alimentación: en esta dimensión se consideran los aspectos relacionados con la selección e ingestión de los alimentos. El consumo de alimentos es un indicador que mide la calidad de la dieta y un determinante de la salud nutricional (Norte y Ortiz, 2011). Nutrición se puede definir como la suma total de los procesos implicados en la ingesta y la utilización de las sustancias alimentarias por parte de los organismos vivos incluyendo la digestión, absorción, transporte y metabolismo de los nutrientes presentes en los alimentos (Williams, et al. 2015).

Estas acciones permiten satisfacer las necesidades físicas del organismo, favorecen el funcionamiento diario, el desarrollo de las funciones vitales y el estado de salud y previenen la aparición de algunas enfermedades (Soto et al. 2009). Los hábitos alimenticios inadecuados, así como los valores culturales que destacan los estereotipos de lo bello, lo atractivo y la liberación

sexual han permeado los hábitos alimenticios de los jóvenes, contribuyendo al desarrollo de varios trastornos alimentarios (Acosta y Gómez, 2003) y la aparición de graves consecuencias como las alteraciones endocrinas y metabólicas que originan, posteriormente, miocardiopatía, arritmias cardíacas y la muerte (Perpiñá, Botella y Baños, 2006).

Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales: consumo abusivo del alcohol se refiere a un consumo que excede un estándar de consumo moderado (por ejemplo 3 bebidas al día), (Reguera-Torres, Sotelo-Cruz, Barraza-Bustamente, Cortez-Laurean, 2015). Esto produce una reducción del autocontrol y aumenta las conductas de riesgo, como el sexo inseguro o la conducción arriesgada según World Health Organization (WHO), (2016). La ingesta, aplicación u absorción de sustancias ilegales, generan alteraciones en el sistema nervioso central y en el comportamiento, tales alteraciones están relacionadas con los efectos agudos del consumo, que también producen consecuencias negativas para la salud (Varela, Salazar, Cáceres y Tovar, 2007; WHO, 2005). Además sus efectos sociales, emocionales y físicos (tales como enfermedad, ansiedad o aislamiento) no solo afecta negativamente la salud e la personas que consume, sino también a las personas que la rodean (Godínez y Gómez, 2012).

Sueño: es un estado de inconciencia reversible caracterizado por poco movimiento y la reducción de las respuestas a los estímulos externos, además se cree que el metabolismo cerebral reducido durante las ondas lentas del sueño, provee descanso para el cerebro (Buckworth et al. 2013). El sueño contribuye al estado de salud en la medida en que, al lentificarse los sistemas corporales después de las actividades cotidianas, permite al organismo recuperar la energía vital requerida. Por el contrario, la falta de sueño repercute en la capacidad de concentración, el estado anímico, el tiempo de reacción el rendimiento físico e intelectual (Domínguez y Díaz, 2006).

Capítulo III METODOLOGIA

Participantes:

Las personas evaluadas fueron las y los directores de programas, las y los instructores y las y los entrenadores personales que laboran en los Centros de Acondicionamiento Físico (CAF) localizados en el área metropolitana de San José. La proporción entre hombres y mujeres se determinó respetando la cantidad que tengan en cada centro de acondicionamiento físico.

Se determinó que fueran estos tres profesionales que laboran en los CAF siguiendo el *Manual de NORMAS PARA LA HABILITACIÓN DE CENTROS DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO*, emitido mediante Decreto Ejecutivo N° 30571-S de junio del 2002, publicado en *La Gaceta* N° 138 de 18 de Julio del 2002 por parte del Presidente de la Republica y la Ministra de Salud, el cual rige actualmente para todos los CAF, y define a estos profesionales de la siguiente manera:

Según el punto 15 del apartado tres referente a definiciones generales, menciona que el Director o Directora de programas es el profesional encargado como responsable técnico del centro de acondicionamiento físico y tiene las siguientes funciones: realizar evaluaciones físicas de admisión a los clientes, elaborar los planes y programas de entrenamiento para cada cliente, realizar las reevaluaciones periódicas para hacer los cambios o ajustes correspondientes a los planes y programas de entrenamiento, supervisar a los instructores, contar con el curso de resucitación cardio-pulmonar básica aprobado y vigente.

El punto 23 del apartado tres referente a definiciones generales, menciona que los Instructores e Instructoras son los encargados de dirigir las sesiones de ejercicios grupales en cualquiera de sus modalidades y los programas de ejercicios contra resistencia en los CAF, prescritas por el director de programa correspondiente. Debe estar certificado para tal fin por el Instituto Costarricense de Deporte y la Recreación (ICODER) o el órgano técnico que este designe. Debe tener capacitación en resucitación cardio-pulmonar básica.

El punto 17 del apartado tres referente a definiciones generales describe al Entrenador y Entrenadora personal como el profesional contratado directamente por el cliente y autorizado por la administración del CAF para que atienda en forma personalizada y exclusiva a un cliente con las siguientes funciones: realizar la evaluación física, elaborar los planes y programas de entrenamiento para cada cliente, realizar las reevaluaciones periódicas para hacer los cambios o

ajustes correspondientes a los planes y programas de entrenamiento, contar con el curso de resucitación cardio-pulmonar básica aprobado y vigente.

Instrumentos y material:

Se utilizó el Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilo de Vida, elaborado por Arrivillaga, Salazar, y Gómez (2002), ver anexo 1.

Las autoras validaron este instrumento a partir de dos fuentes: validación por jueces, para lo cual seleccionaron expertos en el campo de la psicología clínica y de la salud, quienes evaluaron el cuestionario teniendo en cuenta la pertinencia, suficiencia y redacción de cada uno de los puntos; y la prueba piloto a partir de las recomendaciones de los jueces, aplicada a una muestra de 30 sujetos de una institución universitaria.

Las autoras (Arrivillaga y Salazar, 2005), reportaron un nivel de confiabilidad alto para el cuestionario (Alpha de Cronbach=,873). Y además encontraron respaldo para la estructura factorial del instrumento (Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin=,854; Chi-cuadrado=34584,7; significancia $p < ,001$).

Este cuestionario está formado por 116 ítems distribuidos en dos subescalas: prácticas (69 ítems) y creencias (47 ítems).

Su formato de respuesta es de tipo Likert de cuatro alternativas con un rango de “siempre” a “nunca” en la subescala de prácticas y de “totalmente de acuerdo” a totalmente desacuerdo” en la subescala de creencias.

Dentro de las dos subescalas del cuestionario evalúa seis dimensiones del estilo de vida (los primeros números corresponden a los ítems de la subescala de prácticas y los segundos números a los ítems de la subescala de creencias): “condición, actividad física y deporte: ítems 1 - 6 y 70 - 74, recreación y manejo del tiempo libre: ítems 7 -11 y 75 - 78, autocuidado y cuidado médico: ítems 12 - 32 y 79- 91, hábitos alimenticios: ítems 33 - 49 y 92 - 98, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas: ítems 50 - 59 y 99 - 109, sueño: ítems 60 - 69 y 110 - 116” (Salazar y Arrivillaga, 2004 pp 77).

Las categorías de calificación establecidas fueron: “Prácticas: Muy Saludable (MS), Saludable (S), Poco Saludable (PS) y No Saludable (NS). Creencias: según el grado de presencia de creencias favorables a la salud: Muy Alto (MA), Alto (A), Bajo (B) y Muy Bajo (MB)” (Salazar y Arrivillaga, 2004 pp 77).

Cabe aclarar, que en el cuestionario original el ítem número 41, tenía la siguiente pregunta: “¿Mecatea?” Este término no es usado en Costa Rica, por lo tanto la especialista, Master en Nutrición y Dietista María Verónica Berg Bustamente de nacionalidad colombiana y que vivió en Costa Rica durante 4 años, menciona que ese término se puede interpretar como: “picar snacks de mala calidad, cochinadas” (comunicación personal, agosto 2014). Por lo tanto, se varió la pregunta a esa interpretación que hace la especialista, para ser entendido por la población costarricense.

En Costa Rica, Oviedo (2012), realizó un estudio sobre la evaluación del síndrome de Burnout y su relación con los estilos de vida del personal judicial que labora en los juzgados especializados en violencia doméstica de Costa Rica, en el cuál, para medir el estilo de vida de estas personas utilizó el cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida. Teniendo esta referencia permite pensar que el cuestionario es apto para la población costarricense.

Mediante las siguientes tablas se describe la valoración de los ítems y rango de clasificación del cuestionario, tanto en la dimensión de prácticas como en la dimensión de creencias:

Tabla 1

Valoración de ítems del cuestionario en cuanto a las prácticas del estilo de vida

Dimensiones	Valoración del ítem	
	Positivo	Negativo
Condición, actividad física y deporte	1,2,3,4,5,6	
Recreación y manejo del tiempo libre	7,8,9,10	11
Autocuidado y cuidado médico	12,13,14,15,16,17,18,21,22,23,24,25,26,29,30,31,32	19,20,27,28
Hábitos alimenticios	33,38,39,40,45,46,47	34,35,36,37,41,42,43,44,48,49
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	52,54,57	50,51,53,55,56,58,59
Sueño	60,62,66,69	61,63,64,65,67,68

I. Salazar (comunicación personal, citada por Oviedo, 2012, p52)

Tabla 2

Rangos de clasificación del Cuestionario para las Prácticas

Dimensión	Rango			
	No saludable	Poco saludable	Saludable	Muy Saludable
Condición, actividad física y deporte	6 - 10	11 - 15	16 – 20	21 – 24
Recreación y manejo del tiempo libre	5 - 8	9 - 12	13 – 16	17 – 20
Autocuidado y cuidado médico	21 - 36	37 - 52	53 – 68	69 – 84
Hábitos alimenticios	17 - 29	30 - 42	43 – 54	55 – 68
Consumo del alcohol, tabaco y otras drogas	10 - 17	18 - 25	26 – 33	34 – 40
Sueño	10 - 16	17 - 24	25 – 32	33 – 40

I. Salazar (comunicación personal, Citada por Oviedo, 2012, p.53).

Tabla 3

Valoración de ítems del cuestionario en cuanto a las creencias del estilo de vida

Dimensiones	Valoración del ítem	
	Positivo	Negativo
Condición, actividad física y deporte	70,71,73,74,	72
Recreación y manejo del tiempo libre	75,78	76,77
Autocuidado y cuidado médico	79,80,82,83	81,84,85,86,87,88,89,90,91
Hábitos alimenticios	94,96	92,93,95,97,98
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	99,104	100,101,102,103,105,106,107,108,109
Sueño	110,112,114,115	111,113,116

I. Salazar (comunicación personal, 2014)

Tabla 4

Rangos de clasificación del Cuestionario para las creencias

Dimensión	Rango			
	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
Condición, actividad física y deporte	5 - 8	9 - 12	13 – 16	17 – 20
Recreación y manejo del tiempo libre	4 - 6	7 - 9	10 – 12	13 – 16
Autocuidado y cuidado médico	13 - 22	23 - 32	33 – 44	43 – 52
Hábitos alimenticios	7 - 12	13 - 18	19 – 24	25 – 28
Consumo del alcohol, tabaco y otras drogas	11 - 18	19 - 26	27 – 34	35 – 44
Sueño	7 - 12	13 - 18	19 – 24	25 – 28

I. Salazar (comunicación personal, 2014)

Tabla 5

Rangos de clasificación del Estilo de vida para todo el cuestionario

Estilo de Vida	Rango de Clasificación
Muy Saludable	348 – 464
Saludable	261 – 347
Poco Saludable	174 – 260
No Saludable	116 – 173

I. Salazar (comunicación personal, 2014)

Esta última tabla indica los puntajes de clasificación final del estilo de vida, los cuales se obtienen luego de sumar los puntos que se logran en la dimensión de prácticas como en la de creencias.

Procedimientos:

Las personas participantes se escogieron de los CAF que se encuentran en los cantones de San José que se ubican en el GAM (de acuerdo a las limitaciones de regiones del Ministerio de Planificación de Costa Rica). Se consideró escoger para el estudio los cantones que tuvieran una mayor proporción de gimnasios por habitantes. Para poder definir esta proporción se utilizó

llamadas telefónicas, correos electrónicos y visitas personales para contactar los funcionarios encargados del área de patentes de cada municipalidad de los cantones de San José que se encuentran dentro del GAM, los cuales informaron cuantos centros de acondicionamiento físico operaban en la zona. En la siguiente tabla se muestra la información obtenida sobre la cantidad de población, cantidad de centros de acondicionamiento físico y la proporción de la cantidad de gimnasios respecto a la cantidad de personas que habitan en el cantón:

Tabla 6

Comparación de cantones, población, gimnasios del GAM de San José

Cantón	Población ^A	Cantidad de CAF ^B	Habitantes por CAF
San José	287 619	38	7 568
Desamparados	207 082	17	12 182
Goicoechea	114 734	9	12 749
Alajuelita	77 801	3	25 933
Curridabat	65 034	11	7 226
Tibás	64 834	15	4 322
Vásquez de Coronado	61 084	9	6 787
Aserrí	58 430	3	19 477
Moravia	56 766	5	11 352
Escazú	56 733	19	2 986
Montes de Oca	49 008	17	2 882
Santa Ana	48 879	14	3 491
Mora	26 234	2	13 117
Total	1 118 274	189	

Nota: ^A (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011), ^B Comunicación personal con respectiva Municipalidad, noviembre 2014.

Se escogieron los cantones que tienen una mayor relación de centros de acondicionamiento físico por habitantes, y que sumen el 30% de la población total de los cantones de San José que pertenecen al GAM. De este modo, los tres primeros cantones elegidos fueron Montes de Oca, Escazú, Santa Ana, para el cuarto cantón se decidió hacer una variante en la metodología de escogencia para poder alcanzar el 30% de población de los cantones de San José de la gran área metropolitana que se había determinado al inicio del estudio. Por lo tanto se escogió como cuarto cantón a Desamparados, el cual, tiene una población mayor y además contaba con mayor cantidad de gimnasios totales que el cantón de Tibás que hubiera sido el escogido por tener la cuarta mejor relación de centros de acondicionamiento físico por habitante.

Una vez seleccionados los cantones de Montes de Oca, Escazú, Santa Ana y Desamparados debido a que tenían la mayor proporción de gimnasios por cantidad de habitantes y además cubrían el 30% de la población total de todos los cantones de San José que se ubican en el gran área metropolitana, se empezó a contactar durante los meses de noviembre y diciembre del 2014 el área de patentes de cada una de las municipalidades de los cantones antes mencionados para solicitar una lista de centros de acondicionamiento físico que estaban actualmente funcionando en el cantón correspondiente con la patente al día. Se les solicitó en esta lista que tuviera algún tipo de información del negocio para poder localizarlo, por ejemplo, número de teléfono, dirección, nombre del dueño, nombre comercial, etcétera. Cada municipalidad tenía un protocolo diferente para brindar la información solicitada, las municipalidades de Santa Ana y Montes de Oca brindaron la información mediante un correo electrónico, en la municipalidad de Desamparados luego de 3 visitas brindaron la información de todas las patentes en un dispositivo USB y por último la municipalidad de Escazú pidió una carta dirigida al departamento de licencias municipales para solicitar dicha información y luego de 3 visitas un funcionario se sentó frente a una computadora para empezar a buscar cada uno de los gimnasio con patente de la zona y dictar la información solicitada.

En la tabla número 6 se indica la cantidad de centros de acondicionamiento que cada uno de estos cantones tiene. Pero a la hora de ir a visitarlos para pasarles el cuestionario no se tomaron en cuenta los centros de acondicionamiento físico que fueran solo centros de ciclismo estacionario, Pilates, Yoga, Artes Marciales, box de CrossFit. Debido que estos lugares a pesar que son considerados en las municipales como un negocio con actividad de gimnasio, no cuentan con una forma defina y determinada de los sujetos que trabajan dentro del centro de

acondicionamiento físico a los que iba dirigido el estudio que son el director de programas, instructor de planta, y entrenador personal. Por lo tanto, se redujo la cantidad de centros de acondicionamiento físico que tenía cada cantón seleccionado.

También hay que mencionar que algunos de los centros de acondicionamiento físico que estaban en la lista que entregó cada municipalidad no se pudieron encontrar, debido a ya que no estaban funcionando, habían cerrado o se habían trasladado y la dirección no estaba actualizada. Por otro lado, a la hora de estar en los cantones seleccionados y empezar a visitar los gimnasios, se encontraron centros de acondicionamiento físico que no estaban en la lista que brindó la municipalidad correspondiente. Algunos de estos centros de acondicionamiento físico tenían pocos meses de empezar a funcionar y por alguna razón no estaban en la información que brindó la municipalidad, esto demuestra que la lista de patentes de centros de acondicionamiento físico que manejan las municipalidades no está actualizada, lo que resulta un problema para poder determinar con exactitud cuántos centros de acondicionamiento físico están funcionando en la respectiva zona.

Por otra parte, se presentó que ciertos centros de acondicionamiento físico no quisieron colaborar con el estudio, cuando se les visitó para pedir permiso de pasar el cuestionario a las y los instructores que laboran en dicho centro, no dieron el visto bueno, aunque se explicó cuál era el objetivo del cuestionario y que además era anónimo, por lo tanto los nombres de los gimnasio y de los encuestados no aparecía en el estudio, aun así se negaron a colaborar.

Todas las situaciones antes mencionadas provocaron que la cantidad de centros de acondicionamiento físico que se iban a visitar en cada cantón seleccionado disminuyera, y por lo tanto el número de sujetos a encuestar también se vio afectado. Al iniciar el estudio había 67 centros de acondicionamiento físico reportados entre los cuatro cantones que fueron seleccionados, al final, 38 centros de acondicionamiento físico fueron los que permitieron que se realizara el estudio con sus instructores.

En la etapa de contactar los centros de acondicionamiento físico de cada cantón, fue necesario realizar visitas personales, envíos de correos electrónicos, llamadas telefónicas como primer contacto con cada gimnasio, para explicarle a la persona dueña o administradora los fines del estudio, la forma de cómo aplicar el cuestionario y además esperar el aval o permiso correspondiente, para así poder contactar a las y los instructores que acepten participar. Se coordinó cuál o cuáles días se podía visitar el gimnasio para explicarles el instrumento de

evaluación de los estilos de vida y la forma de contestarlo y también se respondieron las preguntas o dudas que surgieron en el momento.

En cada gimnasio se entregó la cantidad de cuestionarios según el número de instructores e instructoras que trabajaran en el lugar y también se entregó una caja de cartón cerrada con una hendidura donde podían depositar el cuestionario. En cada centro de acondicionamiento físico se nombró una persona encargada de distribuir los cuestionarios entre las y los participantes, regularmente era la persona administradora del gimnasio o el director de programas ya que no se pueden encontrar a todas las personas instructoras a la misma hora debido a que tienen horarios de trabajo diferentes. Esta persona se comprometía en entregarles y explicarles a sus colegas el cuestionario cuando cada uno de iba llegando al centro de acondicionamiento físico. Se dio un tiempo prudencial de una o dos semanas para que las y los instructores pudieran contestar tranquilos el cuestionario, ya sea en el gimnasio o en sus casas. Debido a que el cuestionario de Prácticas y Creencias de Estilo de Vida que se les entregó, tiene preguntas que podían afectar la imagen, la condición laboral, el criterio de sus clientes y patronos hacia los encuestados, el cuestionario se completó de forma anónima y cada individuo debía doblar el cuestionario y depositarlo dentro de la caja cerrada de cartón que se les entrego al inicio, para que no se supiera quien fue la persona que completo cada cuestionario. Esta caja estaba ubicada en un lugar donde solo los entrenadores tienen acceso dentro del gimnasio. Se tomó esta medida con fin de dar tranquilidad y confianza a los encuestados de responder lo más honesto posible y que sus respuestas solo se utilizaran para fines de la investigación.

Luego del tiempo prudencial brindado para que la población participante pudiera contestar el instrumento, se pasó a recoger la caja con los cuestionarios contestados. En total se entregaron una cantidad de 206 cuestionarios entre todos los gimnasios que se visitaron, pero en algunos centros de acondicionamiento físico, ciertas personas no quisieron participar y no llenaron el cuestionario, por lo tanto la persona encarga los guardaba y los devolvía en blanco. En cada gimnasio se hizo un control de cuantos cuestionarios se les entregaba (según la cantidad total de participantes que tuvieran), cuantos cuestionarios no fueron contestados y cuantos cuestionarios estaban dentro de la caja cerrada que supuestamente si están con las respectivas respuestas. Pero resultó que algunas de las personas participantes depositaron el cuestionario en blanco o dijeron que si lo habían depositado pero no era cierto, o solo respondieron las primeras

preguntas y el resto estaba en blanco, el cual no podía utilizarse para el estudio porque estaba la mayor parte incompleto.

En resumen, como se mencionó anteriormente se entregaron 206 cuestionarios, de los cuales supuestamente 146 fueron contestados y que iban dentro de las cajas cerradas que se dejaron en cada gimnasio, pero al final, se encontró con una cantidad menor en las cajas y además los cuestionarios que estaban en blanco o la mayor parte incompleta tuvieron que ser desestimados lo que hizo que al final se contara con 103 cuestionarios.

Análisis de datos:

Se calculó análisis estadísticos descriptivos para las variables continuas (promedios y desviaciones estándar) y para variables nominales y ordinales (frecuencias absolutas y porcentajes). También se utilizó análisis no paramétricos para relacionar las diversas variables ordinales y nominales de interés en el presente estudio, empleándose para esto específicamente pruebas de Chi cuadrada.

Finalmente se aplicó correlaciones de Pearson y de Spearman, según correspondiera para relacionar pares de variables continuas (puntajes de las prácticas, creencias y el total del cuestionario *Prácticas y Creencias de Estilos de Vida*, además los años de edad, la cantidad de lugares de trabajo, el puntaje de satisfacción con el trabajo y el salario) o pares compuestos por una variable continua o una ordinal (salario mensual recibido y horas laboradas por día). Vale mencionar que cuando se relacionan variables continuas y que cumplen con supuestos de normalidad (prueba de Kolmogorov-Smirnov), se debe aplicar estadística correlacional paramétrica, mientras que los demás casos en que la naturaleza de al menos una de las variables sea ordinal o nominal, lo adecuado es aplicar estadística correlacional no paramétrica, según criterios descritos por diversos especialistas (por ejemplo Thomas, Nelson y Silverman, 2015).

Todos los análisis se corrieron con el paquete estadístico SPSS versión 21. El valor de alfa para la toma de decisiones fue de ($p < .05$).

Capítulo IV RESULTADOS

En el presente capítulo, se presentan los resultados obtenidos en los distintos análisis estadísticos (mencionados en análisis de datos del capítulo anterior), de los datos obtenidos por las respuestas de las y los instructores al cuestionario de Prácticas y Creencias sobre estilos de vida. Primeramente se presenta la información descriptiva que surgió de las preguntas psicosociodemográficas según el sexo. Por no existir un estudio similar en el país, se decidió presentar todos los resultados descriptivos ya que brinda información importante sobre el panorama actual de las y los instructores que laboran en los centros de acondicionamiento físico de algunos de los cantones de San José. En cada tabla se indica las variables analizadas y la prueba estadística utilizada, su significancia y su respectiva interpretación.

Tabla 7

Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes de respuesta a la pregunta “aprobó bachillerato en enseñanza media” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José

Sexo		Aprobó bachillerato en enseñanza media		
		NO	SI	Total
Masculino	fa*	3	72	75
	%	4.0%	96.0%	100%
	% Total	2.9%	69.9%	72.8%
Femenino	fa	0	28	28
	%	.0%	100.0%	100%
	% Total	.0%	27.2%	27.2%
Total	fa	3	100	103
	%	2.9%	97.1%	100%
	% del Total	2.9%	97.1%	100%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, se obtuvo $\chi^2 = 1.15$; $p = .283$ (por lo tanto no hay relación significativa)

Un total de 3 personas (2.9% del total de la muestra) no aprobó el bachillerato en enseñanza media. Esas 3 personas son de sexo masculino. Por lo tanto, un 4% de los hombres encuestados no aprobó el colegio y el restante 96% sí. Por otro lado, el 100% de las mujeres (n=28), sí cumplieron con este nivel de educación.

Por lo tanto tal como se aprecia en la tabla anterior, se encontró una tendencia similar en hombres y mujeres donde la mayoría de los casos de ambos sexos aprobaron el bachillerato en enseñanza media.

Tabla 8

Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “tiene bachillerato universitario relacionado ejercicio” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José

Sexo		NO	Aprobó bachillerato universitario		Total
			Si, y tiene con relación el ejercicio	Sí, pero NO con relación al ejercicio	
Masculino	fa*	34	37	3	74
	% solo hombre	45.9%	50.0%	4.1%	100.0%
	% Total	33.3%	36.3%	2.9%	72.5%
Femenino	fa	9	18	1	28
	% solo mujeres	32.1%	64.3%	3.6%	100.0%
	% Total	8.8%	17.6%	1.0%	27.5%
Total	fa	43	55	4	102**
	%	42.2%	53.9%	3.9%	100.0%
	% del Total	42.2%	53.9%	3.9%	100.0%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, **En este cuadro hay que mencionar que un sujeto masculino no respondió, se obtuvo $\chi^2 = 1.69$; $p = .428$ (por lo tanto no hay relación significativa)

Un total 43 personas encuestadas (42.2% del total de la muestra) no tienen un bachiller universitario, de los cuales 34 son hombres (33% del total de la muestra) y 9 mujeres (8.8% del total de la muestra).

También se encontró que 55 personas (53% del total de la muestra) sí tienen bachiller universitario relacionado con ciencias de la salud o el ejercicio, de esa cantidad, 37 casos corresponden a hombres (36% del total de la muestra) y 18 mujeres (17.6% del total de la muestra).

Por otro lado, 4 casos (3.9% del total de la muestra) tienen bachiller universitario que no tiene relación con ciencias de la salud o el ejercicio. De esa cantidad, 3 (2.9% del total) son hombres y 1 (1%) es mujer.

En síntesis, la mayoría de los casos tanto hombres como mujeres cuentan con estudios universitarios (bachillerato) y que están relacionados con su trabajo en centros de acondicionamiento físico. Sin embargo, es necesario prestar atención al alto porcentaje de casos de ambos sexos que no cuentan con siquiera algún estudio universitario completo de pre-grado y

además la existencia de casos que están ejerciendo su función en gimnasio teniendo estudios universitarios que no se relacionan con el ámbito con las ciencias del movimiento y la salud.

Tabla 9

Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “tiene licenciatura universitaria relacionado ejercicio” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José

Sexo		Aprobó Licenciatura Universitaria			Total
		NO	Sí, y tiene con relación el ejercicio	Sí, pero NO con relación al ejercicio	
Masculino	fa*	63	9	1	73
	% solo en hombres	86.3%	12.3%	1.4%	100.0%
	% Total	62.4%	8.9%	1.0%	72.3%
Femenino	fa	20	8	0	28
	% solo en mujeres	71.4%	28.6%	.0%	100.0%
	% Total	19.8%	7.9%	.0%	27.7%
Totales	fa	83	17	1	101**
	%	82.2%	16.8%	1.0%	100.0%
	% del Total	82.2%	16.8%	1.0%	100.0%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, **En este cuadro hay que mencionar que dos sujetos masculinos no respondieron, se obtuvo $\chi^2 = 4.10$; $p = .129$ (por lo tanto no hay relación significativa)

Existen 83 personas entrenadoras (82.2% del total de la muestra) que no tienen licenciatura universitaria, de los cuales 63 son hombres (62.4% del total de la muestra) y 20 mujeres (19.8% del total de la muestra).

Por otro lado, 17 casos (16.8% del total de la muestra) si tienen licenciatura universitaria relacionado con ciencias de la salud o el ejercicio, de los cuáles, 9 son hombres (8.9% del total de la muestra) y 8 son mujeres que equivale a (7.9% del total de la muestra).

Solo se encontró 1 sujeto (1.4% del total de la muestra) que tienen licenciatura universitaria que no tiene relación con ciencias de la salud o el ejercicio. Y corresponde al sexo masculino.

Esta tabla demuestra que las y los instructores que tienen estudios de nivel superior como lo es una licenciatura en ciencias del ejercicio o la salud son una minoría. Pero cabe destacar que

las mujeres y los hombres tienen casi la misma cantidad de títulos de licenciatura, y considerando que las mujeres son mucho menor cantidad en todo el estudio. Si se observa a nivel de porcentaje, las mujeres superan a los hombres con el grado académico de licenciatura universitaria.

Tabla 10

Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “tiene Maestría o Doctorado relacionado ejercicio” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Sexo		Tiene Maestría Universitaria		Total
		NO	Si, Tiene con relación al ejercicio	
Masculino	fa*	71	3	74
	% solo en hombres	95.9%	4.1%	100.0%
	% total	69.6%	2.9%	72.5%
Femenino	fa	28	0	28
	% solo en mujeres	100.0%	.0%	100.0%
	% total	27.5%	.0%	27.5%
Total	fa	99	3	102**
	%	97.1%	2.9%	100.0%
	% del Total	97.1%	2.9%	100.0%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, **En este cuadro hay que mencionar que un sujeto masculino no respondió, se obtuvo $\chi^2 = 1.17$; $p = .279$ (por lo tanto no hay relación significativa)

Existen 99 casos (97.1% del total de la muestra) que no tienen maestría o doctorado, de los cuáles 71 son hombres (69.6% del total de la muestra) y 28 son mujeres (27.5% del total de la muestra). Por lo tanto, solo se encontró 3 entrenadores (2.9% del total de la muestra) que si tienen maestría o doctorado relacionado con ciencias de la salud o el ejercicio, y todos son hombres.

Los 3 entrenadores que poseen maestría o doctorado relacionados con ejercicio o salud se ubican en los siguientes puestos: 1 es instructor de planta, 1 es entrenador personal y 1 trabaja en los 3 puestos (Director-instructor-personal). Hay que agregar que ninguno de ellos cuenta con certificaciones internacionales y con lo que respecta a certificaciones nacionales en la tabla número 23 se especifica.

Se nota claramente que un porcentaje muy pequeño (3%) de instructores que laboran en los centros de acondicionamiento físico poseen un título de postgrado, y ninguna mujer ha obtenido ese nivel académico.

Tabla 11

Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “si no tiene ningún título universitario de los anteriores, está estudiando actualmente” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Sexo		***no aplica	No tiene título universitario, pero está estudiando		NO estudia	Total
			Sí, y tiene relación con ejercicio	Sí, pero no tiene relación con el ejercicio		
Masculino	fa*	41	18	3	12	74
	% solo hombres	55.4%	24.3%	4.1%	16.2%	100.0%
	% Total	40.2%	17.6%	2.9%	11.8%	72.5%
Femenino	fa	18	6	0	4	28
	% solo mujeres	64.3%	21.4%	.0%	14.3%	100.0%
	% Total	17.6%	5.9%	.0%	3.9%	27.5%
Total	fa	59	24	3	16	102**
	%	57.8%	23.5%	2.9%	15.7%	100.0%
	% Total	57.8%	23.5%	2.9%	15.7%	100.0%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, **En este cuadro hay que mencionar que un sujeto masculino no respondió, ***Cuando se indica “no aplica” se refiere a las personas que mínimo tienen el grado de Bachiller Universitario (ver tabla 2) y por lo tanto tienen un título que les permite trabajar como instructores (con la salvedad esto es independiente si esta titulación tiene relación o no, con ciencias del movimiento humano), Se obtuvo $\chi^2 = 1.53$; $p = .675$ (por lo tanto no hay relación significativa)

Existen 43 personas entrenadoras (42.2% del total de la muestra) que todavía no tiene un título universitario en ciencias de la salud o el ejercicio, de esa cantidad, 24 casos (23.5% del total de la muestra) están estudiando para obtener el título correspondiente, pero 16 casos (15.7% del total de la muestra) no están estudiando para obtener ese título. De estos 16 casos, 12 (11.8% del total de la muestra) corresponden a hombres y 4 (3.9% del total de la muestra) corresponde a mujeres. Adicional a ellos hay que agregar 3 instructores (2.9% del total de la muestra) todos de sexo masculino están estudiando para obtener un título universitario pero no tiene relación con el ejercicio o entrenamiento.

Por lo tanto, se encontraron 19 casos (18.6% del total de la muestra) que no tienen un título universitario que los acredite para trabajar como instructores y que tampoco están estudiando para lograr ese requisito.

Esta tabla refleja la gran cantidad de instructores que laboran en los gimnasios y no tienen un título universitario que los respalde (42.2%). Pero cabe mencionar que más de la mitad

de instructores que no tienen título universitario están estudiando para poder lograr ese grado académico. El dato preocupante es que existan un 18.6% de instructores que no están estudiando para lograr ese título universitario, que según la ley de Centros de Acondicionamiento Físico es requisito para poder trabajar de instructor en un gimnasio.

Tabla 12

Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “posee certificaciones nacionales en salud o entrenamiento deportivo” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Sexo	Certificaciones nacionales en salud o entrenamiento						Total
	No tiene	1	2	3	4	5	
Masculino fa*	28	19	14	7	5	1	74
% (solo de hombres)	37.8%	25.7%	18.9%	9.5%	6.8%	1.4%	100.0%
% del Total	28.0%	19.0%	14.0%	7.0%	5.0%	1.0%	74.0%
Femenino fa	12	10	1	2	1	0	26
% (solo mujeres)	46.2%	38.5%	3.8%	7.7%	3.8%	.0%	100.0%
% del Total	12.0%	10.0%	1.0%	2.0%	1.0%	.0%	26.0%
Total fa	40	29	15	9	6	1	100**
%	40.0%	29.0%	15.0%	9.0%	6.0%	1.0%	100.0%
% del Total	40.0%	29.0%	15.0%	9.0%	6.0%	1.0%	100.0%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, **En este cuadro hay que mencionar que un sujeto masculino y dos femeninos no fueron tomados en cuenta, porque no se entendía la información que brindaron, se obtuvo $\chi^2 = 5.02$; $p = .413$ (por lo tanto no hay relación significativa)

En este cuadro se puede ver que 40 personas encuestadas (40% de la muestra) no poseen ninguna certificación nacional referente a temas de salud o entrenamiento deportivo. Siendo 28 casos de hombres (28% de la muestra) y 12 mujeres (12% de la muestra).

Hay 60 casos (60% del total de la muestra) que tienen una o más capacitaciones referentes a temas de salud y entrenamiento. Siendo 1 hombre el que más capacitaciones tiene, con un total de 5, y en el caso de las mujeres la que más capacitaciones tiene alcanza una cantidad de 4.

En resumen, se puede ver que la mayoría de las y los instructores poseen certificaciones nacionales en salud o entrenamiento deportivo, algo muy importante para poder actualizar conceptos y mejorar sus conocimientos, pero hay que ponerle mucha atención que una cantidad alta, muy cerca de la mitad de instructores e instructoras no poseen certificaciones nacionales. En la presente tabla no se puede observar que nivel académico poseen los instructores que no tienen certificaciones nacionales, pero más adelante en las tablas # 20, 22, 23 se detalla esa información.

Tabla 13

Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “posee certificaciones internacionales en salud o entrenamiento deportivo” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Sexo		Certificaciones internacionales						Total	
		No tiene	1	2	3	4	5		6
Masculino	fa*	42	16	6	4	2	1	0	71
	% solo hombres	59.2%	22.5%	8.5%	5.6%	2.8%	1.4%	.0%	100.0%
	% Total	42.4%	16.2%	6.1%	4.0%	2.0%	1.0%	.0%	71.7%
Femenino	fa	22	4	0	1	0	0	1	28
	% solo en mujeres	78.6%	14.3%	.0%	3.6%	.0%	.0%	3.6%	100.0%
	% Total	22.2%	4.0%	.0%	1.0%	.0%	.0%	1.0%	28.3%
Total	fa	64	20	6	5	2	1	1	99**
	%	64.6%	20.2%	6.1%	5.1%	2.0%	1.0%	1.0%	100.0%
	% Total	64.6%	20.2%	6.1%	5.1%	2.0%	1.0%	1.0%	100.0%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, **En este cuadro hay que mencionar que cuatro sujetos masculinos no fueron tomados en cuenta, porque no se entendía la información que brindaron, se obtuvo $\chi^2 = 8.12$; $p = .231$ (por lo tanto no hay relación significativa)

En este cuadro se puede ver que 64 (64.6% del total de la muestra) de las personas encuestadas no posee ninguna certificación internacional referente a temas de salud o entrenamiento deportivo. Hay 42 casos (42.4% del total de la muestra) que pertenecen a los hombres y 22 casos (22.2% del total de la muestra) son de mujeres.

Solo 35 instructores (34.6% del total de la muestra) tienen una o más certificaciones internacionales referentes a temas de salud y entrenamiento. De esta cantidad 29 casos (29.2% del total del total de la muestra) corresponde a hombres y 6 casos (6% del total de la muestra) corresponde a mujeres. La persona que mayor cantidad de certificaciones internacionales posee es una mujer con un total de 6.

Se nota claramente que la mayoría de las y los instructores no poseen certificaciones internacionales en salud o entrenamiento deportivo, y solo una menor cantidad mucho menor de la mitad de instructores si poseen certificaciones internacionales. Pero es importante resaltar que las mujeres aunque son menor cantidad respecto a los hombres una de ellas destaca por ser la persona con mayor cantidad de certificaciones internacionales. En este cuadro no se puede observar que nivel académico poseen los instructores sin certificaciones internacionales, pero en la tabla 27, se detalla esta información.

Tabla 14

Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “puesto de trabajo dentro del gimnasio” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Sexo		Puesto o puestos de trabajo dentro del gimnasio						Total	
		director programas	instructor planta	director e instructor personal	y instructor personal	y instructor personal	***3 puestos		
Masculino	fa*	2	23	15	2	2	20	10	74
	% solo hombres	2.7%	31.1%	20.3%	2.7%	2.7%	27.0%	13.5%	100.0%
	% del total	2.0%	22.8%	14.9%	2.0%	2.0%	19.8%	9.9%	73.3%
Femenino	fa	1	17	1	0	0	8	0	27
	% solo mujeres	3.7%	63.0%	3.7%	.0%	.0%	29.6%	.0%	100.0%
	% del total	1.0%	16.8%	1.0%	.0%	.0%	7.9%	.0%	26.7%
Total	fa	3	40	16	2	2	28	10	101**
	%	3.0%	39.6%	15.8%	2.0%	2.0%	27.7%	9.9%	100.0%
	% Total	3.0%	39.6%	15.8%	2.0%	2.0%	27.7%	9.9%	100.0%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, **En este cuadro hay que mencionar que un sujeto masculino y uno femenino no respondieron la pregunta, ***Cuando se menciona “3 puestos” se refiere a los casos que trabajan como director de programas, instructor planta y entrenador personal. Se obtuvo $\chi^2 = 17.926$; $p = .006$ aplicando la corrección likelihood ratio debido a que 57.1% de las celdas tenían un frecuencia esperada menor a 5 (por lo tanto si hay relación significativa).

El puesto de instructor de planta es donde más personas laboran con un total de 80 (79.2% del total de la muestra), de los cuales, 40 (39.6%) sujetos trabajan solo como instructores de planta, 28 sujetos (27.7%) trabajan como instructores de planta y entrenadores personales, 10 sujetos (9.9%) trabajan como instructores de planta, entrenadores personales y directores de programa, y 2 sujetos (2.0%) trabajan instructor de planta y director de programa.

El puesto de entrenador personal se encontró 56 personas (55.4% del total de la muestra) que lo desarrollan. De los cuales 16 personas (15.8%) trabajan solo como entrenadores personales, 28 casos (27.7%) trabajan como entrenadores personales e instructores, 10 personas

(9.9%) trabajan como entrenadores personales, instructores de planta, y directores de programa y 2 sujetos (2%) trabajan como instructor personal y director de programas.

En el puesto de Director de programas 17 personas lo trabajan (16.8% del total de la muestra) de los cuales 3 personas (3%) trabajan solo como director de programas, 10 sujetos (9.9%) trabajan como directores de programa, instructores de planta, entrenadores personales, 2 sujetos (2%) trabajan como director de programas e instructor personal y 2 casos (2%) trabajan como director de programas e instructor de planta.

El análisis aplicado a estos datos demuestra que hay diferencias en la proporción de hombres y mujeres en cada una de estas categorías laborales, evidenciándose una marcada desigualdad en contra del género femenino. Al enfocarse en los puestos de dirección de programa (cada uno de estos por aparte y la agrupación de todas estas categorías) es notorio el alto porcentaje de hombres que ocupan estos puestos en comparación con las mujeres (solo una).

Tabla 15

Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “cantidad de horas que trabaja por día” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Sexo		Horas que trabaja por día				Total
		1 a 4 horas	5 a 8 horas	9 a 12 horas	13 o más horas	
Masculino	fa*	8	43	17	6	74
	% solo de hombres	10.8%	58.1%	23.0%	8.1%	100.0%
	% del total	7.9%	42.6%	16.8%	5.9%	73.3%
Femenino	fa	10	13	4	0	27
	% solo de mujeres	37.0%	48.1%	14.8%	.0%	100.0%
	% del total	9.9%	12.9%	4.0%	.0%	26.7%
Total	fa	18	56	21	6	101**
	%	17.8%	55.4%	20.8%	5.9%	100.0%
	% Total	17.8%	55.4%	20.8%	5.9%	100.0%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, **En este cuadro hay que mencionar que un sujeto masculino y uno femenino no respondieron la pregunta, se obtuvo $\chi^2 = 11.409$; $p = .010$ aplicando la corrección likelihood ratio debido a que 37.5% de las celdas tenían una frecuencia esperada menor a 5 (por lo tanto sí hay relación significativa).

La mayoría de los encuestados trabajan en el rango de 5-8 horas por día. Un total de 56 instructores (55.4% del total de la muestra) se ubican en esta cantidad de horas. Teniendo los

hombres una cantidad de 43 casos (58.1% del total de hombres) y las mujeres una cantidad de 13 casos (48.1% del total de mujeres).

El rango que sigue corresponde al de 9 a 12 horas de trabajo por día, en donde se ubican 21 entrenadores (20.8% del total de la muestra), teniendo un total de 17 hombres (23% del total de hombres) y solo 4 mujeres (14.8% del total de mujeres).

En una menor cantidad se ubican las personas que laboran entre 1 a 4 horas al día, siendo un total de 18 entrenadores (17.8% del total de la muestra). Pero en esta cantidad de horas de trabajo predomina las mujeres con 10 casos (37.0% del total de mujeres) y solo 8 hombres (10.8% del total de hombres). En el rango más amplio de horas de trabajo que equivale a 13 horas o más, fue donde se ubicaron una menor cantidad de personas, con un total de 6 casos (5.9% del total de la muestra) y son todos de sexo masculino.

En el análisis realizado en este cuadro se nota la diferencia de la cantidad de horas que labora cada uno de los géneros. Siendo los hombres los que tienden a tener jornadas laborales más extensas en comparación con las mujeres que tienen jornadas de trabajo más cortas. Y cuando se toma la muestra total se puede observar como la mayoría de los encuestados se encuentran en rango de 5 a 12 horas de trabajo, lo cual se puede considerar una cantidad de horas de trabajo alta.

Tabla 16

Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “cantidad de lugares donde trabaja” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Sexo		Cantidad de lugares de trabajo						Total
		1	2	3	4	5	6	
Masculino	fa*	38	23	4	4	1	1	71
	% solo hombres	53.5%	32.4%	5.6%	5.6%	1.4%	1.4%	100.0%
	% del total	39.2%	23.7%	4.1%	4.1%	1.0%	1.0%	73.2%
Femenino	fa	16	6	3	1	0	0	26
	% solo mujeres	61.5%	23.1%	11.5%	3.8%	.0%	.0%	100.0%
	% del total	16.5%	6.2%	3.1%	1.0%	.0%	.0%	26.8%
Total	fa	54	29	7	5	1	1	97**
	%	55.7%	29.9%	7.2%	5.2%	1.0%	1.0%	100.0%
	% Total	55.7%	29.9%	7.2%	5.2%	1.0%	1.0%	100.0%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, **En este cuadro hay que mencionar que seis sujetos no respondieron que corresponde a 4 hombres y 2 mujeres, se obtuvo $\chi^2 = 2.54$; $p = .77$ (por lo tanto no hay relación significativa).

Se encontró que 54 personas encuestadas (55.7% del total de la muestra) trabajan solo en un lugar. Donde 38 de los casos corresponden al sexo masculino (39.2% del total de la muestra) y 16 (16.5% del total de la muestra) al sexo femenino.

Existen 29 casos (29.9% del total de la muestra) que tiene 2 lugares de trabajo. Para el sexo masculino se contabilizó 23 sujetos (23.7% del total de la muestra) y para sexo femenino se encontró 6 casos (6.2% del total de la muestra).

Con una cantidad mucho menor se encontró que 7 instructores (7.2% del total de la muestra) tienen 3 lugares de trabajo, pero la diferencia entre hombres y mujeres es mínima ya que son 4 hombres (4.1% del total de la muestra) y 3 mujeres (3% del total de muestra). Siguiendo con una menor cantidad, un total de 5 personas (5.2% del total de la muestra) tienen 4 lugares de trabajo, pero en este caso predomina el sexo masculino con un total de 4 casos (4.1% del total de la muestra) y solo 1 mujer (1% del total de la muestra). Y para finalizar con la cantidad de lugares de trabajo se encontró que 1 caso masculino (1% del total de la muestra) tiene 5 lugares de trabajo y otro sujeto también masculino tiene 6 lugares de trabajo.

En síntesis, este cuadro muestra que la mayoría de las y los instructores trabajan en uno o dos centros de acondicionamiento físico, 83 casos que equivalen a un 80% del total de la muestra se ubican en estas cantidades de lugares de trabajo y tanto hombres como mujeres tienen esa tendencia. También hay que mencionar que existe una tendencia inversa en la cantidad de lugares de trabajo y la cantidad de instructores. Entre mayor es el número de lugares de trabajo, menor es la cantidad de instructores que laboran y se presente tanto en los hombres como en las mujeres.

Tabla 17

Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “salario mensual.” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Sexo		Salario mensual					Total
		menos ₡500	₡500 a 999 mil	₡ ₡1 a ₡1.9 millones	₡2 a ₡2.9 millones	₡3 millones o más	
Masculino	fa*	35	25	7	2	1	70
	% solo hombres	50.0%	35.7%	10.0%	2.9%	1.4%	100.0%
	% del Total	36.1%	25.8%	7.2%	2.1%	1.0%	72.2%
Femenino	fa	20	7	0	0	0	27
	% solo mujeres	74.1%	25.9%	0%	0%	0%	100.0%
	% del Total	20.6%	7.2%	0%	0%	0%	27.8%
Total	fa	55	32	7	2	1	97**
	%	56.7%	33.0%	7.2%	2.1%	1.0%	100.0%
	% of Total	56.7%	33.0%	7.2%	2.1%	1.0%	100.0%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, **En este cuadro hay que mencionar que seis sujetos no respondieron que corresponde a 5 hombres y 1 mujer, se obtuvo $\chi^2 = 6.41$; $p = .17$ (por lo tanto no hay relación significativa).

El rango menor de salario que se estableció fue para quienes ganan menos de 500 mil colones donde se ubicaron un total de 55 personas encuestadas (56.7% del total de la muestra), de los cuales 35 casos son hombres (50% del total de hombres) y 20 casos corresponde a mujeres (74.1% del total de mujeres).

En el rango siguiente que abarca las personas que ganan de 500 mil colones y 999 mil colones se ubican 32 casos (33% del total de la muestra), de los cuales 25 sujetos equivalen a hombres (35.7% del total de hombres) y 7 son mujeres (25.9% del total de mujeres).

Para un salario entre 1 y 1.9 millones de colones, se ubican 7 instructores (7.2% del total de la muestra y 10% del total de hombres). Siendo solo hombres los que tienen esta cantidad de ingresos. Luego continua el rango de salario que abarca de los 2 a 2.9 millones de colones, donde solo se encontró 2 instructores de sexo masculino (2% del total de la muestra). Y por último, el rango de 3 millones o más de colones solo hay 1 caso y es hombre (1% del total de la muestra).

Esta tabla refleja claramente que la mayoría de las y los instructores se ubican en el salario más bajo y conforme va aumentando la cantidad de ingresos económicos va disminuyendo la cantidad de casos que lo percibe, siendo la misma tendencia en los hombres como en las mujeres. Pero también se nota una gran desigualdad cuando se compara los ingresos según sexo. Donde los hombres tienen mejores salarios que las mujeres, en esto puede influir que

las mujeres trabajan menos cantidad de horas como se demostró en la tabla # 15 y que también no ocupan los cargos de directores de programas como se demostró en la tabla # 14.

Tabla 18

Resumen de frecuencia absoluta y porcentajes a la respuesta de la pregunta “ingreso extra por funciones que no tienen relación con trabajo de instructor” según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Sexo		Ingreso económico extra a la función de entrenador			Total
		No tiene otra actividad	menos ₡500 mil	₡1 a ₡1.9 millones colones	
Masculino	fa*	44	23	2	69
	% solo hombres	63.8%	33.3%	2.9%	100.0%
	% del Total	45.8%	24.0%	2.1%	71.9%
Femenino	fa	20	7	0	27
	% solo mujeres	74.1%	25.9%	.0%	100.0%
	% del total	20.8%	7.3%	.0%	28.1%
Total	fa	64	30	2	96**
	%	66.7%	31.3%	2.1%	100.0%
	% Total	66.7%	31.3%	2.1%	100.0%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, **En este cuadro hay que mencionar que siete sujetos no respondieron. Corresponde a 6 hombres y 1 mujer, se obtuvo $\chi^2 = 1.43$; $p = .48$ (por lo tanto no hay relación significativa).

Una cantidad de 64 casos (66.7% del total de la muestra) respondieron que no tienen ningún otro ingreso económico aparte de sus funciones como especialista en entrenamiento. De esa cantidad, 44 corresponden a hombres (45.8% del total de la muestra) y 20 corresponden a mujeres (20.8% del total de la muestra).

Para los casos que sí tienen ingresos económicos aparte de sus funciones como especialista en entrenamiento se encontró que 30 personas (31.3% del total de la muestra) tienen un ingreso extra menor de 500 mil colones mensuales, de los cuales, 23 (24% del total de la muestra) corresponden a hombres y solo 7 (7.3% del total de la muestra) corresponde a mujeres. Para un rango mayor de ingresos extra de las funciones como entrenador, el cual abarca de 1 a 1.9 millones de colones se encontró solo 2 instructores de sexo masculino.

En resumen se puede observar que una mayoría de las personas encuestadas no tienen ingresos extra a sus funciones como especialistas en entrenamiento y esa característica predomina tanto en las mujeres como en los hombres. Solo una minoría de los encuestados tiene ingresos extras.

Luego de toda la información descriptiva que se presentó en las tablas anteriores que abarcan del número 7 a la número 18, se presenta a continuación un análisis no paramétrico para relacionar diversas variables ordinales y nominales que son de interés para este estudio, utilizando como prueba estadística la Chi cuadrada. Las siguientes tablas al igual que las anteriores indican las variables analizadas y la prueba estadística utilizada, también su grado de significancia y su respectiva interpretación.

Tabla 19

Relación entre la aprobación del bachillerato en enseñanza media respecto a las certificaciones nacionales relacionadas al ejercicio, según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Sexo	Certificaciones		Aprobó Bachillerato enseñanza media		Total	
			NO	SI		
Masculino	Ninguna	fa*	2	26	28	
		% del total	2.7%	35.1%	37.8%	
	1 Certificación	fa	1	18	19	
		% del total	1.4%	24.3%	25.7%	
	2 Certificaciones	fa	0	14	14	
		% del total	0%	18.9%	18.9%	
	3 Certificaciones	fa	0	7	7	
		% del total	0%	9.5%	9.5%	
	4 Certificaciones	fa	0	5	5	
		% del total	0%	6.8%	6.8%	
	5 Certificaciones	fa	0	1	1	
		% del total	0	1.4%	1.4%	
	Total	Masculino	fa	3	71	74**
			%	4.1%	95.9%	100%
			% del total	4.1%	95.9%	100%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, **En este cuadro hay que mencionar que dos sujetos no respondieron. Corresponde a 1 hombres y 2 mujeres, se obtuvo $\chi^2 = 1.89$; $p = .86$ (por lo tanto no hay relación significativa). Solo aparecen los datos descriptivos de los hombres y solo para estos casos se corrió el análisis no paramétrico, debido a que en las mujeres la categoría (no aprobó el bachillerato de enseñanza media) fue una constante con valor 0. Los datos descriptivos de certificaciones obtenidas por mujeres se pueden apreciar en la tabla 12 y 13.

Como se pudo ver antes en la tabla 7, existen 3 instructores de sexo masculino que no han aprobado el bachillerato en enseñanza media (colegio). Con la presente tabla se encontró que de los 3 instructores que no han aprobado el colegio, 2 de ellos (2.7% del total de la muestra) tampoco tienen ni una certificación nacional relacionado con el ejercicio o la salud, y el otro

instructor (1% del total de la muestra) solo posee una certificación nacional referente al ejercicio y la salud.

También es importante mencionar los puestos de trabajo que estos tres sujetos tienen. Los dos instructores que no tienen aprobado el colegio y no tienen certificaciones en salud o ejercicio, uno trabaja como instructor de planta y entrenador personal y el otro trabaja como instructor de planta nada más. Y la persona que no aprobó el colegio y solo tiene una certificación en salud o ejercicio trabaja como instructor de planta.

En resumen, aunque son muy pocos casos no deja de ser muy preocupante que existan tres instructores que trabajan en centros de acondicionamiento físico sin el título de bachiller en enseñanza media (colegio) y que tampoco cuenten con capacitaciones que les respalde un poco la labor que realizan. Estos instructores no reúnen ni los mínimos requisitos académicos para poder estar prescribiendo, corrigiendo o cuidando a los clientes que realizan ejercicio físico en los centros de acondicionamiento físico.

Tabla 20

Relación del grado académico bachillerato universitario respecto a las certificaciones nacionales relacionadas al ejercicio según el sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Sexo	Certificaciones	Aprobó bachillerato Universitario		
		No	Sí, relacionado ejercicio o salud	Sí, pero no relacionado con ejercicio o salud
Masculino	Ninguna	10 13.5% (hombres)	16 21.6% (hombres)	2 7.14% (hombres)
	Una	13 17.6% (hombres)	6 8.1% (hombres)	0
	Dos	7 9.5% (hombres)	6 8.1% (hombres)	1 1.4% (hombres)
	Tres	2 2.7% (hombres)	5 6.8% (hombres)	0
	Cuatro	2 2.7% (hombres)	3 4.1% (hombres)	0
	Cinco	0	1 4.1% (hombres)	0
Femenino	Ninguna	4 15.4% (mujeres)	8 30.8% (mujeres)	0
	Una	3 11.5% (mujeres)	6 23.1% (mujeres)	1 3.8% (mujeres)
	Dos	0	1 3.8% (mujeres)	0
	Tres	0	1 3.8% (mujeres)	0

Nota: *En este cuadro hay que mencionar 3 sujetos no respondieron. Corresponde a 1 hombre y 2 mujeres. Se obtuvo $\chi^2 = 8.98$; $p = .534$ esto para la relación entre certificaciones y aprobación de bachillerato universitario en los hombres (en este caso no hay relación significativa). En el caso de las mujeres se obtuvo $\chi^2 = 2.97$; $p = .936$ (en este caso no hay relación significativa).

Se encontró que las personas que no aprobaron el bachiller universitario y que tampoco tienen certificaciones en salud o ejercicios son 14 casos (14% del total de la muestra). Esta cantidad al dividirla por sexo, se encontraron 10 casos que pertenecen a hombres (13.5% de los hombres), y 4 casos que pertenecen las mujeres (15.4% de las mujeres). También hay que agregar las personas que tienen un bachillerato universitario aprobado pero que no tiene relación con ejercicio o la salud, y que además no tienen ninguna certificación en salud o ejercicio, en este caso se encontraron 2 personas (2% del total de la muestra) y corresponde ambas al sexo masculino.

Siguiendo con las personas que no aprobaron el bachillerato universitario pero que tienen 1 certificación en salud y ejercicio se encontró que existen 16 casos (16% de la muestra), de esa cantidad de personas antes mencionada, 13 corresponden al sexo masculino (17.6% de los hombres) y 3 corresponden al sexo femenino (11.5% de las mujeres).

Es preocupante que exista un porcentaje de personas instructoras que trabajen en los centros de acondicionamiento físico sin poseer un título de bachiller universitario en ciencias de la salud y que además no posean ni una certificación referente a la salud o al ejercicio. Son personas que no tienen el conocimiento teórico para poder ejercer bien su trabajo, además que están trabajando fuera de lo que exige la ley. Aunque algunos instructores sí tienen 1 o 2 certificaciones nacionales, pero sin bachiller universitario en ciencias de la salud siguen siendo personas con muy poco estudio para estar en estos puestos en los gimnasios.

Tabla 21

Relación del grado académico de bachillerato universitario respecto a las certificaciones nacionales relacionadas al ejercicio y la salud según el puesto de trabajo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Puesto	Certificaciones	Aprobó bachillerato Universitario		
		No	Sí, relacionado ejercicio o salud	Sí, pero no relacionado con ejercicio o salud
Director de programas	Ninguna		1	
	Una		1	
	Cinco		1	
Instructor planta	Ninguna	8	10	1
	Una	6	5	
	Dos	2	2	
	Tres		1	
	Cuatro	2	2	
Personal	Ninguna	2	4	
	Una	3	1	
	Dos	2	2	1
	Tres		1	
Director de programa e instructor planta	Ninguna		1	
	Cuatro		1	
Director de programa y Personal	Ninguna		1	
	Tres		1	
Instructor de planta y personal	Ninguna	3	5	
	Una	5	3	
	Dos	3	2	
	Tres	2	2	
	Cuatro		1	
Director-instructor-personal	Ninguna		2	
	Una	2	1	
	Dos		1	
	Tres	1	1	

Nota: *En este cuadro hay que mencionar que 7 sujetos no respondieron, se obtuvo $\chi^2 = 2.32$; $p = .970$ esto para la relación entre cantidad de certificaciones nacionales y la aprobación de bachillerato universitario aplicado en los instructores de planta (en este caso no hay relación significativa). En el caso de los entrenadores personales se obtuvo $\chi^2 = 5.12$; $p = .527$ (en este caso no hay relación significativa). Respecto a los laboran como instructores y entrenadores personales obtuvo $\chi^2 = 4.30$; $p = .829$ (en este caso no hay relación significativa). Para los trabajan en 3 puestos director-instructor-personal se obtuvo $\chi^2 = 5.20$; $p = .518$ (en este caso no hay relación significativa). En el caso de director de programas, director - instructor de planta, director - entrenador personal, (no aprobó el bachillerato universitario) fue una constante con valor 0, por lo tanto no se corrió el análisis.

Previamente, la tabla 14 indica que hay 14 personas que no aprobaron el bachillerato universitario y no tienen ninguna certificación relacionada al ejercicio, pero al tratar de ubicarlos por puestos de trabajo, la presente tabla solo contabiliza 13 casos (debido a que no todos los sujetos respondieron) y se ubican de la siguiente manera, 8 trabajan como instructor de planta, 2 como entrenadores personales y 3 son entrenadores de planta y entrenadores personales. También hay que agregar el entrenador que aprobó el bachillerato universitario (en otra carrera que no se relaciona al ejercicio o entrenamiento) y no tiene ninguna capacitación, que trabaja como instructor de planta.

Se encontró que 16 personas no terminaron el bachillerato universitario y solo tienen una certificación, que se ubican en los siguientes puestos de trabajo, 6 son instructores de planta, 3 son entrenadores personales, 5 trabajan como instructores de planta y entrenador personal y 2 trabajan en los 3 puestos (director de programas, instructor de planta, entrenador personal).

También existen 7 casos que no terminaron el bachillerato universitario y tienen dos certificaciones los cuales se ubican en los siguientes puestos de trabajo, 2 son instructores de planta, 2 son entrenadores personales y 3 trabajan como instructor de planta y entrenador personal. Cabe mencionar que existen 5 casos más que no tienen título de bachiller universitario pero tienen 3 o más certificaciones.

En síntesis este cuadro indica que los puestos de entrenador personal y director de programas donde es obligado el título de bachiller universitario, en algunos casos no se está cumpliendo y peor aún, algunos instructores ni una sola capacitación en salud o ejercicio poseen. Claramente no reúnen los requisitos exigidos por la ley y tampoco tienen conocimientos teóricos certificados, de que puedan trabajar en esos puestos dentro de los centros de acondicionamiento físico

Tabla 22

Relación de los instructores que no tienen grados académicos universitarios pero están estudiando para obtenerlo, respecto a las certificaciones nacionales relacionadas al ejercicio y la salud según el puesto de trabajo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Puesto	Certificaciones	**No aplica	Está estudiando para obtener título universitario		
			Sí, relacionado ejercicio o salud	Sí, pero no relacionado con ejercicio	No
Director de programas	Ninguna	1			
	Una	1			
	Cinco	1			
Instructor planta	Ninguna	13	5	0	1
	Una	4	3	0	4
	Dos	2	1	1	0
	Tres	1	0	0	0
	Cuatro	2	1	0	1
Personal	Ninguna	4	1	0	1
	Una	1	2	1	0
	Dos	3	1	0	1
	Tres	1	0	0	0
Director de programa e instructor planta	Ninguna	1			
	Cuatro	1			
Director de programa y Personal	Ninguna	1			
	Tres	0	1		
Instructor de planta y personal	Ninguna	4	3	0	1
	Una	4	2	0	3
	Dos	2	1	1	1
	Tres	2	1	0	1
	Cuatro	1	0	0	0
Director-instructor-personal	Ninguna	2	1		
	Una	2	0		1
	Dos	1	0		0
	Tres	2	0		0

Nota:*En este cuadro hay que mencionar que 5 sujetos no respondieron, **Cuando se indica “no aplica” se refiere a las personas que mínimo tienen el grado de Bachiller Universitario (ver tabla 8) y por lo tanto tienen un título que les permite trabajar como instructores (con la salvedad esto es independiente si esta titulación tiene relación o no, con ciencias del movimiento humano)

En la presente tabla se obtuvo $\chi^2 = 16.10$; $p = .186$ esto para la relación entre cantidad de certificaciones nacionales y no tiene título universitario pero está estudiando, aplicado en los instructores de planta (en este caso no hay relación significativa). En el caso de los entrenadores personales se obtuvo $\chi^2 = 6.56$; $p = .683$ (para este caso no hay relación significativa). Para los que trabajan como director de programa e instructor de planta se obtuvo $\chi^2 = 2.00$; $p = .157$ (en este caso no hay relación significativa). Respecto a los laboran como instructores y entrenadores personales obtuvo $\chi^2 = 6.93$; $p = .862$ (en este caso no hay relación significativa). Para los que trabajan en 3 puestos director-instructor-personal se obtuvo $\chi^2 = 4.28$; $p = .638$ (en este caso no hay relación significativa). Para los que son director de programas, director - instructor de planta, (Sí está estudiando para obtener título universitario) fue una constante con valor 0, por lo tanto no se corrió el análisis.

Anteriormente, la tabla 11 indicaba que hay 24 personas encuestadas que no han logrado aprobar el bachillerato universitario pero están estudiando para lograrlo en una carrera relacionada con el ejercicio y la salud. Pero en la presente tabla al tratar de ubicarlos por puestos de trabajo y la cantidad de certificaciones relacionadas al ejercicio o la salud solo contabiliza 23 casos (debido a que no todos los sujetos respondieron). Las personas que están estudiando y no tienen ninguna certificación tienen los siguientes puestos, 5 trabajan como instructores de planta, 1 como entrenador personal, 3 como instructor de planta y entrenador personal y 1 caso realiza los 3 puestos (director- instructor planta-personal).

Igualmente en la tabla 11, indica que hay 16 instructores que no han logrado aprobar el bachillerato universitario y que tampoco están estudiando para lograrlo en una carrera relacionada con el ejercicio y la salud, pero al tratar de ubicarlos por puestos de trabajo y la cantidad de certificaciones relacionadas al ejercicio o la salud, la presente tabla solo contabiliza 15 casos (debido a que no todos los sujetos respondieron). Las personas que no están estudiando y no tienen ninguna certificación tienen los siguientes puestos, 1 como instructor de planta, 1 como entrenador personal, 1 como instructor de planta y personal. También se debe tomar en cuenta que algunos casos no estudian y solo tienen una certificación, los puestos de trabajo de estos casos son: 4 como instructores de planta, 3 son instructores de planta y entrenadores personales y otro trabaja en los 3 puestos (director- instructor planta-personal). Para terminar de contabilizar los casos que no estudian para obtener bachillerato universitario, hay 4 instructores que tienen 2

o más certificaciones, uno de ellos es instructor de planta otro trabaja como entrenador personal y 2 trabajan como instructores de planta y personal.

Hay que poner atención también en que hay 3 casos que están estudiando para un título universitario pero que no se relaciona con ciencias del movimiento humano, pero en los tres casos tienen algún tipo de certificación en ejercicio o salud. Se ubican de la siguiente manera, 1 caso solo tiene una certificación y trabaja como entrenador personal, los otros 2 casos tienen 2 certificaciones cada uno y uno trabaja como instructor de planta y el otro trabaja como instructor de planta y entrenador personal.

Resumiendo la información que brinda esta tabla se puede constatar de las personas que no tienen título universitario y como la mayoría de ellos está estudiando para poderlo lograr, pero aun así, hay una cantidad en proporción pequeña que no estudia para obtenerlo y tienen ninguna o pocas capacitaciones de ejercicio o salud y están trabajando en puestos que no deberían estar según lo indica la ley.

Tabla 23

Relación del grado académico de Maestría o Doctorado respecto a las certificaciones nacionales relacionadas al ejercicio y la salud según el puesto de trabajo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Puesto	Certificaciones	Aprobó Maestría o Doctorado Universitario		
		No	Sí, relacionado ejercicio o salud	Sí, pero no relacionado con ejercicio o salud
Director de programas	Ninguna	1		
	Una	1		
	Cinco	1		
Instructor planta	Ninguna	18	1	
	Una	11	0	
	Dos	4	0	
	Tres	1	0	
	Cuatro	4	0	
Personal	Ninguna	6	0	
	Una	3	1	
	Dos	5	0	1
	Tres	1	0	
Director de programa e instructor planta	Ninguna	1		
	Cuatro	1		
Director de programa y Personal	Ninguna	1		
	Tres	1		
Instructor de planta y personal	Ninguna	8		
	Una	9		
	Dos	5		
	Tres	4		
	Cuatro	1		
Director-instructor-personal	Ninguna	3	0	
	Una	3	0	
	Dos	1	0	
	Tres	1	1	

Nota: *En este cuadro hay que mencionar que 5 sujetos no respondieron.

En esta tabla se obtuvo $\chi^2 = 1.08$; $p = .897$ esto para la relación entre cantidad de certificaciones nacionales y posee maestría o doctorado aplicado a los instructores de planta (en

este caso no hay relación significativa). En el caso de los entrenadores personales se obtuvo $\chi^2 = 3.20$; $p = .362$ (en este caso no hay relación significativa). Para los que trabajan en los 3 puestos director-instructor-personal se obtuvo $\chi^2 = 3.93$; $p = .268$ (en este caso no hay relación significativa). Para los que trabajan como director de programa e instructor de planta, director de programa y entrenador personal, y como instructores de planta y entrenadores personal, (posee maestría o doctorado) fue una constante con valor 0, por lo tanto no se corrió el análisis.

Además, muestra que solo existen 3 instructores que poseen un título de maestría o doctorado que laboran en los centros de acondicionamiento físico de la gran área metropolitana de San José. Uno de ellos no tiene ninguna capacitación y trabaja como instructor de planta, el otro tiene una capacitación y trabaja como entrenador personal y el último tiene 3 certificaciones y trabaja en los 3 puestos (director-instructor-personal).

Claramente se demuestra que un nivel académico de posgrado relacionado con salud o ejercicio no es común en los instructores encuestados, son muy pocos los que tienen ese grado académico y además no representa ninguna tendencia en los puestos de trabajo. Los 3 casos que se encontraron tienen puestos de trabajo diferentes.

Tabla 24

Relación de la cantidad de certificaciones nacionales respecto a la cantidad de horas de trabajo al día y el puesto de trabajo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Puesto	Certificaciones	Cantidad de horas de trabajo al día			
		1 a 4 horas	5 a 8 horas	9 a 12 horas	13 o más horas
Director de programas	Ninguna			1	
	Una		1		
	Cinco		1		
Instructor planta	Ninguna	5	3	2	1
	Una	5	3	2	1
	Dos	1	3	0	0
	Tres	0	1	0	0
	Cuatro	0	4	0	0
Personal	Ninguna	0	6	0	0
	Una	1	1	2	0
	Dos	1	2	0	1
	Tres	1	0	0	0
Director de programa e instructor planta	Ninguna		1	0	
	Cuatro		0	1	
Director de programa y Personal	Ninguna		0		
	Tres		1		
Instructor de planta y personal	Ninguna	0	4	2	2
	Una	2	5	2	0
	Dos	1	3	1	0
	Tres	1	1	2	0
	Cuatro	0	1	0	0
Director-instructor-personal	Ninguna		3	0	
	Una		3	0	
	Dos		0	1	
	Tres		0	2	

Nota: *En este cuadro hay que mencionar que 6 sujetos no respondieron.

La presente tabla obtuvo $\chi^2 = 3.00$; $p = .223$ esto para la relación entre cantidad de certificaciones nacionales y horas de trabajo al día, aplicado en quienes ocupaban puesto de directores de programa (en este caso no hay relación significativa). En el caso de los instructores de planta se obtuvo $\chi^2 = 9.29$; $p = .678$ (en este caso no hay relación significativa). Para los

entrenadores personales se obtuvo $\chi^2 = 15.83$; $p = .070$ (en este caso no hay relación significativa). Para los que son director de programa e instructor de planta se obtuvo $\chi^2 = 2.00$; $p = .157$ (en este caso no hay relación significativa). Directores de programas y personal se obtuvo $\chi^2 = 2.00$; $p = .157$ (en este caso no hay relación significativa). Los instructores de planta y entrenadores personales se obtuvo $\chi^2 = 9.15$; $p = .690$ (en este caso no hay relación significativa). En el caso de los que tienen los tres puestos director-instructor-personal, se obtuvo $\chi^2 = 11.45$; $p = .009$ aplicando la corrección likelihood ratio debido a que 100% de las celdas tenían una frecuencia esperada menor a 5 (por lo tanto, en este caso sí hay relación significativa).

Las personas que se desenvuelven como directores de programas ya sea solo en ese puesto o combinado con algún otro sin importar la cantidad de certificaciones que posean trabajan entre 5-12 horas por día. Siendo esta una cantidad intermedia de horas, según los rangos que se plantearon en el estudio. Lo cual se podría considerar como la cantidad de horas más conveniente.

La tabla 15 anteriormente demostró que 6 sujetos trabajan más de 13 horas. Pero la presente tabla indica solo 5 casos (debido que alguno no respondió). Estos 5 casos se ubican de la siguiente manera, 2 son instructor de planta, 1 es entrenador personal y 2 trabajan como instructor de planta y personal. Tres de los casos no tiene ninguna certificación, uno tiene una certificación y el último caso tiene 2 certificaciones.

En el lado opuesto los casos que menos horas trabajan (1 a 4 horas por día), corresponde a 11 instructores de planta, que 5 de ellos no tiene ninguna certificación, otros 5 casos tienen solo una certificación y solo 1 caso tiene 2 certificaciones. Luego hay 3 instructores personal, los cuales si cuentan con más de una certificación, y 4 casos que trabajan como instructores de planta y entrenador personal que también tienen más de una certificación.

Este cuadro demuestra que en todos los puestos de trabajo sin importar el número de certificaciones que tengan, la mayoría de instructores trabajan de 5 a 8 horas diarias. Pero también el puesto de mayor jerarquía como es el de director de programas predomina una cantidad intermedia de horas de trabajo y los que tienen puestos de instructor de planta y entrenador personal aunque también tienen su mayoría de casos en una cantidad de horas intermedia, son los que también tienen casos que trabajan en los extremos de cantidad de horas.

Tabla 25

Relación de la cantidad de certificaciones nacionales relacionadas respecto al salario mensual según el sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Sexo	Certificaciones	Salario mensual como instructor				
		Menos de 500 mil colones	500 mil a 999 mil colones	1 millón a 1.9 millones colones	2 millones a 2.9 millones colones	Más de 3 millones de colones
Masculino	Ninguna	12 17.4%**	10 14.5%	2 2.9%	1 1.4%	
	Una	11 15.9%	3 4.3%	4 5.8%	0	
	Dos	6 8.7%	6 8.7%	1 1.4%	1 1.4%	
	Tres	3 4.3%	3 4.3%	0	0	
	Cuatro	3 4.3%	2 2.9%	0	0	
	Cinco	0	1 1.4%	0	0	
Femenino	Ninguna	11 44%**	1 4%			
	Una	6 24%	3 12%			
	Dos	1 4%	0			
	Tres	1 4%	1 4%			
	Cuatro	0	1 4%			

Nota: *En este cuadro hay que mencionar que 6 hombres y 3 mujeres no brindaron la información, ** Los porcentajes que se indican, corresponden al sexo, se obtuvo $\chi^2 = 10.69$; $p = .774$ esto para la relación entre cantidad de certificaciones nacionales, salario mensual en hombres (en este caso no hay relación significativa). En el caso de las mujeres se obtuvo $\chi^2 = 6.26$; $p = .180$ (en este caso no hay relación significativa).

Se observa como los hombres que tienen mayor cantidad de certificaciones nacionales en salud o ejercicio se ubican en los salarios más bajos, que abarcan menos de un millón de colones, por el contrario, los hombres que tienen menos certificaciones o no tienen ni una, aunque predominan con salarios menores al millón de colones, existen 9 casos que aparecen con salarios

más altos de un millón de colones. Con respecto a las mujeres todas ganan menos de un millón de colones, sin importar la cantidad de certificaciones que posean. Lo que se puede concluir con este cuadro es la cantidad de certificaciones nacionales en ejercicio o salud no influye en un mayor o menor salario de los instructores.

Tabla 26

Relación entre la cantidad de certificaciones nacionales respecto al salario mensual y el puesto de trabajo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Puesto	Certificaciones	Salario mensual como instructor			
		Menos de 500 mil colones	500 mil a 999 mil colones	1 millón a 1.9 millones colones	2 millones a 2.9 millones colones
Director de programas	Ninguna		0	1	
	Una		1	0	
	Cinco		1	0	
Instructor planta	Ninguna	17	1		
	Una	7	3		
	Dos	3	1		
	Tres	0	1		
	Cuatro	2	2		
Personal	Ninguna	1	3	1	0
	Una	2	0	2	0
	Dos	2	1	1	1
	Tres	1	0	0	0
Director de programa e instructor planta	Ninguna	0	1		
	Cuatro	1	0		
Director de programa y Personal	Ninguna		0		1
	Tres		1		0
Instructor de planta y personal	Ninguna	5	2		
	Una	7	2		
	Dos	2	3		
	Tres	3	0		
	Cuatro	0	1		
Director-instructor-personal	Ninguna	0	3	0	
	Una	1	0	2	
	Dos	0	1	0	
	Tres	0	2	0	

Nota: *En este cuadro hay que mencionar que 10 sujetos no respondieron.

En la presente tabla se obtuvo $\chi^2 = 3.00$; $p = .223$ esto para la relación entre cantidad de certificaciones nacionales y salario mensual aplicada en directores de programa (en este caso no hay relación significativa). Aplicado a instructores de planta se obtuvo $\chi^2 = 8.70$; $p = .069$ (en este caso no hay relación significativa). Para los que son entrenadores personales se obtuvo $\chi^2 = 8.25$; $p = .509$ (en este caso no hay relación significativa). Para los que son director de programa e instructor de planta se obtuvo $\chi^2 = 2.00$; $p = .157$ (en este caso no hay relación significativa). Directores de programas y personal se obtuvo $\chi^2 = 2.00$; $p = .157$ (en este caso no hay relación significativa). Para los que son instructores de planta y entrenadores personales se obtuvo $\chi^2 = 5.77$; $p = .217$ (en este caso no hay relación significativa). Y los que tienen los 3 puestos director-instructor-personal se obtuvo $\chi^2 = 9.00$; $p = .174$ (en este caso no hay relación significativa).

Se encontró que dos personas que tienen los salarios más altos, los cuales abarca de 2 a 2.9 millones de colones, uno de ellos trabaja como entrenador personal y posee 2 certificaciones y el otro trabaja como director de programas y entrenador personal y no tiene ninguna certificación. Cabe mencionar que existe un caso que tiene un salario mayor a los 3 millones de colones, según lo indica la tabla 11, pero para esta tabla no aparece descrito, esto se debe a que fue de las personas que no respondió todas las preguntas.

Para el segundo rango de salario más alto que abarca de 1 a 1.9 millones de colones los 7 sujetos que se encuentran en esos rangos se ubican de la siguiente forma, uno es director de programas, 4 son entrenadores personales y 2 realizan los 3 puestos (director-instructor-personal). La cantidad de certificaciones nacionales en ejercicio o salud que este grupo posee varía entre 2 y ninguna.

En el rango de un salario de 500 mil a 1 millón de colones predominan instructores de planta y las personas que trabajan de instructor de planta y personal con 8 casos, le siguen los que realizan los tres puestos (director-instructor-personal) con 6 casos, luego entrenadores personales con 4 casos y cierran directores de programas con 2 y director - instructor y director - personal con 1 cada uno.

Para el rango más bajo de salario que equivale a menos de 500 mil colones predominan instructores de planta con 29 casos y luego le siguen las personas que trabajan como instructores de planta y entrenadores personales con 17 casos. En este rango es importante mencionar que

solo existen 2 casos que tienen como puesto directores de programas ya sea solo o combinado con otro puesto.

En conclusión se puede observar que los que tienen puestos de dirección de programas, entrenamiento personal ya sea solo ese puesto o combinados son los que logran alcanzar mayor ingreso económico, recalcando que son una minoría y que también tienen casos que se ubican en los salarios bajos. Por el contrario, los que tienen el puesto de instructor de planta ya sea solo o combinado con algún otro son los que reciben un salario menor, el cual no logra superar los 999 mil colones.

Tabla 27

Relación del grado académico de bachillerato universitario respecto a las certificaciones internacionales relacionadas al ejercicio y la salud según el puesto de trabajo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Puesto	Certificaciones	Aprobó bachillerato Universitario		
		No	Sí, relacionado ejercicio o salud	Sí, pero no relacionado con ejercicio o salud
Director de programas	Ninguna		2	
	Una		1	
Instructor planta	Ninguna	11	16	1
	Una	4	4	0
	Dos	0	1	0
	Tres	1	0	0
Personal	Ninguna	3	4	1
	Una	3	2	0
	Dos	1	1	0
	Cinco	0	1	0
Director de programa e instructor planta	Ninguna			
	Tres		2	
Director de programa y Personal	Una		1	
	Cuatro		1	
Instructor de planta y personal	Ninguna	10	10	0
	Una	3	1	0
	Dos	1	1	0
	Tres	0	0	1
	Seis	0	1	0

Continúa página 56

Continuación de tabla 27. Viene de la página 55

Director-instructor- personal	Ninguna	2	2	0
	Una	0	0	1
	Dos	0	1	0
	Tres	1	0	0
	Cuatro	0	1	0

Nota: *En este cuadro hay que mencionar que 6 sujetos no respondieron.

En la actual tabla se obtuvo $\chi^2 = 2.71$; $p = .843$ esto para la relación entre cantidad de certificaciones internacionales y sí posee bachillerato universitario aplicado a los que tienen puesto de instructores de planta (en este caso no hay relación significativa). En el caso de los que tienen puesto de entrenador personal se obtuvo $\chi^2 = 2.42$; $p = .876$ (en este caso no hay relación significativa). Para los que tienen los 3 puestos (director-instructor-personal) se obtuvo $\chi^2 = 11.33$; $p = .184$ (en este caso no hay relación significativa). Para los que tienen los puestos de director de programas, director de programas e instructor de planta, director de programa y entrenador personal (no aprobó bachillerato universitario) fue una constante con valor 0, por lo tanto no se corrió el análisis. Para los que trabajan de instructor de planta y personal se obtuvo $\chi^2 = 11.02$; $p = .200$ aplicando la corrección likelihood ratio debido a que 100% de las celdas tenían un frecuencia esperada menor a 5 (por lo tanto en este caso si hay relación significativa).

Como lo había demostrado previamente la tabla 13, existen 35 instructores que poseen certificaciones internacionales y la presente tabla ayuda a ubicarlos por puesto de trabajo y si tienen aprobado su bachiller universitario. Los directores de programas tiene solo un caso que tiene certificación (es) internacionales y aprobó el bachillerato universitario, los instructores de planta tiene 10 casos con certificaciones internacionales, 5 de ellos aprobaron el bachiller universitario y los otros 5 no, en el caso de los entrenadores personales poseen 8 casos con certificaciones internacionales, 4 de ellos con bachiller universitario y los otros 4 no lo tienen, los que trabajan como directores e instructores y también los que son directores y entrenadores personales ambos tiene 2 casos con certificaciones internacionales y aprobaron el bachiller universitario, para los que laboran como instructores de planta y personal tienen 8 casos con certificaciones internacionales, 3 de ellos con bachiller universitario, 4 sin bachiller universitario y 1 con bachiller pero en otra rama que no es ciencias del movimiento humano y para los que trabajan en los 3 puestos (director-instructor-personal) se encontró 4 personas con certificaciones internacionales, 2 de ellas tienen bachiller universitario, 1 no tiene y otra tiene pero en otra rama que no es ciencias del movimiento humano.

También se puede observar que la persona con mayor cantidad de certificaciones internacionales, con un total de 6, trabaja como instructor de planta y personal y además tiene aprobado el bachillerato universitario. La persona que lo sigue es un instructor personal con 5 certificaciones y también con el bachillerato aprobado. Luego sigue una persona que trabaja como director de programas y personal y otra persona que tiene los 3 puestos (director-instructor-personal), ambas con 4 certificaciones internacionales y el bachiller universitario aprobado.

Las personas que tienen certificaciones internacionales al comprarlas con la obtención del bachiller universitario se da una diferencia muy pequeña, ya que existen 18 casos que tienen bachiller universitario y 16 que no tienen bachiller universitario en ciencias del movimiento Humano.

Se puede concluir que las personas que tienen mayor cantidad de certificaciones internacionales tienen en común que trabajan como entrenadores personales, ya sea ejerciendo ese puesto solo o combinándolo con algún otro y que casi la mitad de las personas con certificaciones internacionales no han obtenido el bachiller universitario en ciencias del movimiento humano, el cual es requisito para poder trabajar en los centros de acondicionamiento físico.

Tabla 28

Relación entre la cantidad de certificaciones internacionales respecto al salario mensual según el puesto de trabajo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Puesto	Certificaciones	Salario mensual			
		Menos de 500 mil colones	500 mil a 999 mil colones	1 millón a 1.9 millones colones	2 millones a 2.9 millones colones
Director de programas	Ninguna		2	0	
	Una		0	1	
Instructor planta	Ninguna	23	3		
	Una	5	3		
	Dos	0	1		
	Tres	0	1		
Personal	Ninguna	5	2	1	0
	Una	1	2	1	0
	Dos	0	0	1	1
	Cinco	0	0	1	0
Director de programa e instructor planta	Ninguna				
	Tres	1	1		
Director de programa y Personal	Una		1		0
	Cuatro		0		1
Instructor de planta y personal	Ninguna	13	6		
	Una	1	2		
	Dos	2	0		
	Tres	0	1		
	Seis	1	0		
Director-instructor-personal	Ninguna	1	3	0	
	Una	0	1	0	
	Dos	0	1	0	
	Tres	0	0	1	
	Cuatro	0	1	0	

Nota: *En este cuadro hay que mencionar que 11 sujetos no respondieron.

En la presente tabla se obtuvo $\chi^2 = 3.00$; $p = .083$ esto para la relación entre cantidad de certificaciones internacionales y salario mensual aplicado a los que tienen el puesto de director de programas (en este caso no hay relación significativa). Aplicando para los que son entrenadores personales se obtuvo $\chi^2 = 13.59$; $p = .138$ (en este caso no hay relación significativa). Para los que son director y personal se obtuvo $\chi^2 = 2.00$; $p = .157$ (en este caso no

hay relación significativa). Para los que trabajan como instructor planta y personal se obtuvo $\chi^2 = 4.91$; $p = .296$ (en este caso no hay relación significativa). Para los que tiene los 3 puestos (director-personal-instructor) se obtuvo $\chi^2 = 9.00$; $p = .342$ (en este caso no hay relación significativa). Para los que son director e instructor planta en rango posee 3 certificaciones internacionales, fue una constante, por lo tanto no se corrió el análisis. Para los que son instructor de planta se obtuvo $\chi^2 = 8.95$; $p = .030$ aplicando la corrección likelihood ratio debido a que 100% de las celdas tenían un frecuencia esperada menor a 5 (por lo tanto en este caso si hay relación significativa).

Como se puede observar antes, en la tabla 26 las personas con mayores salarios tienen unos ingresos entre 2 a 2.9 millones de colones y son un entrenador personal y un caso que trabaja como director de programas y entrenador personal. Con la presente tabla se puede ver que ambos tienen certificaciones internacionales, el primero mencionado anteriormente cuenta con 2 certificaciones internacionales y el segundo con 4 certificaciones internacionales. También se encontró que la persona con mayor cantidad de certificaciones internacionales con un total de 6 es mujer, (ver tabla 13), trabaja como instructora de planta y entrenadora personal y tiene un salario menor a 500 mil colones mensuales.

En el rango de 1 a 1.9 millones de colones como salario mensual la tabla 26 indica que hay 7 personas y sus respectivos puestos que se ubican en este rango, la tabla actual solo indica 6 casos, debido a que alguno no respondió todas las preguntas, pero se puede observar que excepción de un caso, que es entrenador personal, todos los demás cuentan con certificaciones internacionales en salud o ejercicio.

Tabla 29

Cuadro comparativo de las seis dimensiones (condición, actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabacos y otras drogas, sueño) de la sub escala Prácticas, del cuestionario Prácticas y Creencias sobre estilos de vida, según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Condición, actividad física y deporte					
	No saludable	Poco saludable	Saludable	Muy saludable	Total
Hombres	3 (4%)*	24 (32%)	38 (50.7%)	10 (13.3%)	75 (100%)
Mujeres	0	9 (32.1%)	15 (53.6%)	4 (14.3%)	28 (100%)
Total	3 (2.9%)**	33 (32%)	53 (51%)	14 (13.6%)	103 (100%)
Recreación y manejo del tiempo libre					
	No saludable	Poco saludable	Saludable	Muy saludable	Total
Hombres		12 (16%)	44 (58.7%)	19 (25%)	75 (100%)
Mujeres		5 (17.9%)	16 (57.1%)	7 (25%)	28 (100%)
Total		17 (16.5%)	50 (58.3%)	26 (25.2%)	103 (100%)
Autocuidado y cuidado médico					
	No saludable	Poco saludable	Saludable	Muy saludable	Total
Hombres		3 (4.0%)	34 (45.3%)	38 (50.7%)	75 (100%)
Mujeres		1 (3.6%)	16 (57.1%)	11 (39.3%)	28 (100%)
Total		4 (3.9%)	50 (48.5%)	49 (47.6%)	103 (100%)
Hábitos Alimenticios					
	No saludable	Poco saludable	Saludable	Muy saludable	Total
Hombres	2 (2.7%)	4 (5.3%)	42 (56.6%)	27 (36%)	75 (100%)
Mujeres	0	2 (7.1%)	14 (50%)	12 (42.9%)	28 (100%)
Total	2 (1.9%)	6 (5.8%)	56 (54.4%)	39 (37.9%)	103 (100%)
Consumo alcohol, tabaco y drogas					
	No saludable	Poco saludable	Saludable	Muy saludable	Total
Hombres	1 (1.4%)	5 (7.2%)	25 (36.2%)	38 (55.1%)	69 (92%)
Mujeres	0	1 (3.6%)	6 (21.4%)	21 (75%)	28 (100%)
Total	1 (1%)	6 (6.2%)	31 (32%)	59 (60.8%)	97 (94%)
Sueño					
	No saludable	Poco saludable	Saludable	Muy saludable	Total
Hombres	1 (1.4%)	12 (16.7%)	44 (61.1%)	15 (20.8%)	72 (96%)
Mujeres	0	5 (17.9%)	18 (64.3%)	5 (17.9%)	28 (100%)
Totales	1 (1%)	17 (17%)	62 (62%)	20 (20%)	100 (97%)

Nota: *Corresponde a los porcentajes de cada sexo, **Corresponde a los porcentajes totales de la muestra.

De acuerdo con la tabla anterior, para la dimensión de condición, actividad física y deporte versus sexo se encontró la misma tendencia tanto para hombres como para mujeres, por lo que no hay relación significativa entre ambas variables (ver tabla 29 y ver tabla 31 resumen de chi cuadrada). La mayor parte de los sujetos presentó una práctica de actividad física y deporte saludable (50.7 % de los hombres, 53.6% de las mujeres y un 51.5% de la muestra total de

participantes). Sin embargo debe prestarse atención al hecho de que poco más de un tercio de los y las participantes (36% de hombres, 32.1% de las mujeres y por ende un 34.9% de la muestra total) presentó una práctica no saludable o poco saludable de actividad física.

En la dimensión de recreación y manejo del tiempo libre vs sexo se encontró la misma tendencia para hombres como para mujeres, por lo tanto no hay relación significativa (ver tabla 29 y ver tabla 31 resumen de chi cuadrada). La mayor parte de los sujetos presentó una práctica de recreación y manejo del tiempo libre saludable (58.7% de los hombres, 57.1% de las mujeres y 58.3% de la muestra total de los participantes). Un porcentaje bajo del total de los participantes, solo el 16.5% presentó hábitos poco saludables en recreación y manejo del tiempo libre.

En la dimensión de autocuidado y cuidado médico versus sexo se encontró la misma tendencia para hombres como para mujeres, por lo tanto no hay relación significativa (ver tabla 29 y ver tabla 31 resumen de chi cuadrada). Casi todos los participantes tienen prácticas de autocuidado y cuidado médico saludables o muy saludables (hombre 96%, mujeres 96.4% y lo que sería un 96.1% del total de la muestra). Solo un 3.9% del total de la muestra presenta prácticas pocas saludables en autocuidado y cuidado médico.

La dimensión de hábitos alimenticios vs sexo se encontró la misma tendencia tanto para hombres como para mujeres, por lo tanto no hay relación significativa (ver tabla 29 y ver tabla 31 resumen de chi cuadrada). La mayor parte de los sujetos presentó una práctica de hábitos alimenticios saludable (56.6 % de los hombres, 50% de las mujeres y un 54.4% de la muestra total de participantes). Luego en un rango de hábitos alimenticios muy saludables se encontró un 37% del total de la muestra (corresponde al 36% de los hombres y 42.9% de las mujeres). Solo un 5.8% del total de la muestra (5.3% de los hombres y 7.1% de las mujeres) tienen hábitos de alimentación poco saludables y 1.9% de todos los encuestados tiene hábitos alimenticios no saludables.

Para la dimensión de prácticas de consumo de alcohol, tabaco y drogas versus sexo se encontró la misma tendencia para hombres como para mujeres, es decir que no hay relación significativa (ver tabla 29 y ver tabla 31 resumen de chi cuadrada). Más de la mitad de los participantes tienen prácticas muy saludables en lo que se refiere al consumo de alcohol, tabaco y drogas (59% del total de la muestra, siendo en hombres el 55.1% y en mujeres el 71%). Luego, un tercio del total de la muestra tiene hábitos saludables para el consumo de alcohol, tabaco y

drogas (32% del total de la muestra). Llama la atención que exista un 7.2% del total de la muestra que tiene hábitos poco saludables y no saludables respecto al consumo de alcohol, tabaco y drogas. Muy importante también es mencionar que hubo 6 sujetos masculinos que no contabilizaron para la suma de casos en la dimensión de consumo de alcohol, tabaco y drogas, y esto se debió a que esos sujetos dejaron las 10 preguntas que corresponden sin contestar, lo cual evidencia cierto intento de ocultar información o no darse por aludidos con respecto a este tema.

Para la dimensión de sueño versus sexo se encontró la misma tendencia tanto para hombres como para mujeres, por lo tanto no hay una relación significativa (ver tabla 29 y ver tabla 31 resumen de chi cuadrada). La mayor parte de los sujetos presentó una práctica de sueño saludable (61.1 % de los hombres, 64.3% de las mujeres y un 62% de la muestra total de participantes). El segundo porcentaje más alto en la dimensión de sueño se presentó en una práctica muy saludable (20.8% para los hombres, 17.9% para las mujeres lo que equivale a un 20% del total de la muestra) Solo un 17% del total de la muestra presentó hábitos poco saludables de sueño (16.7% de hombres y 17,9% de las mujeres) y 1% del total de la muestra tiene hábitos no saludables respecto al sueño y corresponde a un hombre.

Tabla 30

Cuadro comparativo de las seis dimensiones (condición, actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabacos y otras drogas, sueño) de la sub escala Creencias del cuestionario Prácticas y Creencias sobre estilos de vida, según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Condición, actividad física y deporte					
	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto	Total
Hombres			5 (6.8%)*	68(93.2%)	73 (97%)
Mujeres			0	28 (100%)	28 (100%)
Total			5 (5.0%)**	96 (95%)	101 (98%)
Recreación y manejo del tiempo libre					
	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto	Total
Hombres			10 (13.7%)	63 (86.3%)	73 (97%)
Mujeres			2 (7.1%)	26 (92.9%)	28 (100%)
Total			12 (11.9%)	89 (88%)	101 (98%)
Autocuidado y cuidado médico					
	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto	Total
Hombres		2 (2.7%)	25 (34.2%)	46 (63%)	73 (97%)
Mujeres		0	5 (18.5%)	22 (81.5%)	27 (96.5%)
Total		2 (2%)	30 (30%)	68 (68%)	100 (97%)
Hábitos Alimenticios					
	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto	Total
Hombres		2 (2.8%)	42 (58.3%)	28 (38.9%)	72 (96%)
Mujeres		0	10 (37%)	17 (63%)	27 (96.5%)
Total		2 (2%)	52 (52.5)	45 (45.5%)	99 (96%)
Consumo alcohol, tabaco y drogas					
	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto	Total
Hombres		3 (4.2%)	20 (28.2%)	48 (67.6%)	71 (94.6%)
Mujeres		0	4 (14.8%)	23 (85.2%)	27 (96.5%)
Total		3 (3.1%)	24 (24.5%)	71 (72.4%)	98 (95.1%)
Sueño					
	Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto	Total
Hombres		38 (53.5%)	33 (46.5%)	0	71 (94.6%)
Mujeres		9 (33.3%)	17 (63%)	1 (3.7%)	27 (96.5%)
Totales		47 (48%)	50 (51%)	1 (1%)	98 (95.1%)

*Corresponde a los porcentajes de cada sexo, **Corresponde a los porcentajes totales de la muestra.

En la tabla 30, se muestra que para la dimensión de creencias en condición, actividad física y deporte vs sexo se encontró la misma tendencia tanto para hombres como para mujeres, por lo tanto no hay relación significativa (ver tabla número 30 y ver tabla número 31 de chi cuadrada). Prácticamente todos los participantes tienen creencias muy altas en práctica de actividad física y deporte (93.2 % de los hombres, 100% de las mujeres y un 95% de la muestra

total de participantes). Solo se presentó un 5% de participantes y todos masculinos que tienen una creencia alta en práctica de actividad física y deporte.

En la dimensión de creencias en recreación y manejo del tiempo libre versus sexo se encontró la misma tendencia para hombres como para mujeres, por lo tanto no hay relación significativa (ver tabla 30 y ver tabla 31 resumen de chi cuadrada). Todos los participantes tienen una creencia alta o muy alta. La mayor parte de los sujetos se ubicó en una creencia muy alta, equivalente al 88% (86.3% de los hombres, 92.9% de las mujeres) el restante 12% se ubicó en una creencia alta (13.7% de los hombres y 7.1% de las mujeres).

En la dimensión de creencia en autocuidado y cuidado médico versus sexo se encontró la misma tendencia para hombres como para mujeres, por lo tanto no hay relación significativa (ver tabla 30 y ver tabla 31 resumen de chi cuadrada). Dos tercios de los participantes se ubicaron en una creencia muy alta autocuidado y cuidado médico (63% de los hombres, 81,5% de las mujeres, lo que corresponde al 68% del total de la muestra). Casi un tercio de la muestra (30%) se ubicó en una creencia alta sobre el autocuidado y cuidado médico (34.2% de los hombres y 18.5% de las mujeres). Solo un 2% de toda la muestra tiene una creencia baja en autocuidado y cuidado médico y corresponde al sexo masculino.

En la dimensión de creencias en hábitos alimenticios versus sexo se encontró la misma tendencia tanto para hombres como para mujeres, por lo tanto no hay un relación significativa (ver tabla 30 y ver tabla 31 resumen de chi cuadrada). La mayor parte de los sujetos presentó una creencia de hábitos alimenticios alto (58.3 % de los hombres, 37% de las mujeres y un 52.5% de la muestra total de participantes). Luego en un rango creencias muy alta en hábitos alimenticios se encontró un 45.5% del total de la muestra (corresponde el 38.9% de los hombres y 63% de las mujeres). Solo un 2% del total de la muestra tienen una creencia baja en hábitos de alimentación.

Para dimensión de creencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas versus sexo se encontró la misma tendencia para hombres como para mujeres, por lo tanto no hay relación significativa (ver tabla 30 y ver tabla 31 resumen de chi cuadrada). La mayor parte de los sujetos presentó una creencia muy alta (67.6% de los hombres, 85.2% de las mujeres, lo que representa un 72.4% del total de la muestra). Solo un 3.1% de la muestra y todos masculinos presentan una creencia baja.

Para la dimensión de creencias en sueño vs sexo se encontró la misma tendencia tanto para hombres como para mujeres, por lo tanto no hay una relación significativa (ver tabla 30 y ver tabla 31 resumen de chi cuadrada). La mayor parte de los sujetos presentó una creencia del sueño alta (46.5 % de los hombres, 63% de las mujeres y un 51% de la muestra total de participantes). El segundo porcentaje en importancia se presentó en una creencia baja del sueño siendo un 48% del total de la muestra (53.5% de los hombres y 33.3% de las mujeres). Solo 1% de la muestra tiene una creencia muy alta del sueño.

Tabla 31

Resumen de chi cuadrada y grado de significancia, de las seis dimensiones (condición, actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabacos y otras drogas, sueño) del cuestionario Prácticas y Creencias sobre estilos de vida, según sexo. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

	χ^2	Sig
Prácticas		
Condición, actividad física y deporte	1.16	.761
Recreación y manejo del tiempo libre	.052	.975
Autocuidado y cuidado médico	1.15	.563
Hábitos Alimenticios	1.24	.741
Consumo alcohol, tabaco y drogas	3.50	.320
Sueño	.528	.913
Creencias		
Condición, actividad física y deporte	2.01	.155
Recreación y manejo del tiempo libre	.831	.362
Autocuidado y cuidado médico	3.35	.187
Hábitos Alimenticios	4.94	.084
Consumo alcohol, tabaco y drogas	3.40	.183
Sueño	5.33	.069

En ninguno de los casos se encontró que existiera una relación significativa.

Tabla 32

Resumen de frecuencias absolutas y porcentajes. Clasificación del estilo de vida según sexo. Respuestas a todo el cuestionario de Prácticas y Creencias de estilos de vida. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Sexo		Clasificación de estilo de vida				Total
		No Saludable (116-173)**	Poco Saludable (174-260)	Saludable (261-347)	Muy Saludable (348-464)	
masculino	fa*	2	0	14	59	75
	%	2.7%	0%	18.7%	78.7%	100%
	% total	1.9%	0%	13.6%	57.3%	72.8%
Femenino	fa	0	1	2	25	28
	%	0%	3.6%	7.1%	89.3%	100%
	% total	0%	1%	1.9%	24.3%	27.%
Total	fa	2	1	16	84	103
	%	1.9%	1%	15.5%	81.6%	100%
	% total	1.9%	1%	15.5%	81.6%	100%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, ** Puntaje para cada clasificación del cuestionario, se obtuvo $\chi^2 = 5.45$; $p = .142$ (por lo tanto no hay relación significativa).

Se concluye que no hay relación significativa entre sexo y estilo de vida, debido a que en ambos sexos se da la misma tendencia. La mayor parte de los sujetos presentó un estilo de vida muy saludable (78.7% de los hombres, 89.3% de las mujeres lo que equivale a un 81.6% de la muestra total de participantes. También se encontró que un 16% del total de participantes tienen un estilo de vida saludable (18.7% de hombres y 7.1% de mujeres). Luego se pudo determinar que solo hay un caso que tiene un estilo de vida poco saludable el cual corresponde a una mujer y también hay 2 casos que tienen un estilo de vida no saludable y ambos corresponden al sexo masculino.

El 97.1% de las y los instructores que trabajan en los centros de acondicionamiento físicos de la gran área metropolitana de San José cuentan con estilos de vida saludable o muy saludable. Un dato importante que demuestra que esta población no solo estimula a los clientes a tener estilos de vida saludable sino que también procuran tenerlo. Para poder ser un ejemplo a seguir por parte de los clientes que asisten a los centros de acondicionamiento físico.

Tabla 33

Resumen de frecuencias absolutas y porcentajes. Clasificación del estilo de vida según puesto de trabajo. Respuestas a todo el cuestionario de Prácticas y Creencias de estilos de vida. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Puesto trabajo		Clasificación de estilo de vida				Total
		No Saludable (116-173)	Poco Saludable (174-260)	Saludable (261-347)	Muy Saludable (348-464)	
Director programas	fa*	0	0	0	3	3
	% total	0%	0%	0%	3%	3%
Instructor planta	fa	0	0	8	32	40
	% total	0%	0%	7.9%	31.7%	39.6%
Entrenador personal	fa	0	0	3	13	16
	% total	0%	0%	3%	12.9%	15.8%
Director de programa e instructor planta	fa	0	0	0	2	2
	% total	0%	0%	0%	2%	2%
Director programa y entrenador personal	fa	0	0	0	2	2
	% total	0%	0%	0%	2%	2%
Instructor planta y entrenador personal	fa	2	1	4	21	28
	% total	2%	1%	4%	20.8%	27.7%
Director – Instructor – personal	fa	0	0	1	9	10
	% total	0%	0%	1%	8.9%	9.9%
Total	fa	2	1	16	82	101**
	% total	2%	1%	15.8%	81.2%	98%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, **En este cuadro hay que mencionar que dos sujetos no fueron tomados en cuenta en esta tabla porque sus respuestas no se pudieron evaluar, se obtuvo $\chi^2 = 10.25$; $p = .923$ (por lo tanto no hay relación significativa)

Con la presente tabla se puede determinar que puesto de trabajo tienen los instructores según la clasificación del estilo de vida. Como demostró la tabla 32, existen 2 sujetos masculinos (2% del total de la muestra) que poseen un estilo de vida no saludable y ahora se puede ver que ambos trabajan como instructor de planta y entrenador personal. El caso de la instructora que tiene un estilo de vida poco saludable (ver tabla 32), se puede notar en la actual tabla que trabaja como instructora de planta y entrenadora personal.

También hay que mencionar que esta tabla demuestra que las personas que están trabajando como director de programas ya sea solo ese puesto o combinado con algún otro, son los que tienen mejor clasificación con el estilo de vida, ya que casi todos (n=16) se ubica en un estilo de vida muy saludable y solo un caso de ellos (6.25% de este grupo) se ubica con un estilo de vida saluda.

Se concluye que no hay relación significativa entre el puesto de trabajo y la clasificación de estilo de vida que tienen las y los entrenadores. Pero se encontró que las pocas personas que tienen un estilo de vida poco o nada saludable trabajan como instructores de planta y entrenadores personales. Por su parte los que trabajan como director de programa ya sea solo, o combinado con otro puesto son los mejor calificados en el cuestionario respecto al estilo de vida.

Tabla 34

Resumen de frecuencias absolutas y porcentajes. Clasificación del estilo de vida según la cantidad de horas de trabajo por día. Respuesta a todo el cuestionario de Prácticas y Creencias de estilos de vida. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Horas de trabajo por día		Clasificación de estilo de vida				Total
		No Saludable (116-173)	Poco Saludable (174-260)	Saludable (261-347)	Muy Saludable (348-464)	
1 a 4 horas	fa*	0	1	3	14	18
	%	0%	1%	3%	13.9%	17.8%
	total					
5 a 8 horas	fa	2	0	7	47	56
	%	2%	0%	6.9%	46.5%	55.4%
	total					
9 a 12 horas	fa	0	0	4	17	21
	%	0%	0%	4%	16.8%	20.8%
	total					
13 o más horas	fa	0	0	2	4	6
	%	0%	0%	2%	4%	5.9%
	total					
Total	fa	2	1	16	82	101**
	%	2%	1%	15.8%	81.2%	98%
	total					

Nota: *fa: frecuencia absoluta, **En este cuadro hay que mencionar que dos sujetos no fueron tomados en cuenta en esta tabla porque sus respuestas no se pudieron evaluar, se obtuvo $\chi^2 = 8.14$; $p = .519$ (por lo tanto no hay relación significativa).

Se concluye que no hay relación significativa entre la cantidad de horas de trabajo y la clasificación de estilo de vida de los sujetos evaluados. Pero siguiendo los casos de las personas que tienen un estilo de vida no saludable (n=2) se puede ver que ambos tienen un horario de trabajo entre 5 a 8 horas diarias y la otra persona que tiene un estilo de vida poco saludable tiene un horario de 1 a 4 horas de trabajo por día. Lo que hace notar que estos pocos casos que no tienen un estilo de vida saludable tienen un horario igual o menor a las 8 horas diarias.

Tabla 35

Resumen de frecuencias absolutas y porcentajes. Clasificación del estilo de vida según el salario mensual. Respuesta a todo el cuestionario de Prácticas y Creencias de estilos de vida. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

Salario mensual en colones		Clasificación de estilo de vida				Total
		No Saludable (116-173)	Poco Saludable (174-260)	Saludable (261-347)	Muy Saludable (348-464)	
Menos 500 mil	fa*	1	1	9	44	55
	% total	1%	1%	9.3%	45.4%	56.7%
500 a 999 mil	fa	1	0	4	27	32
	% total	1%	0%	4.1%	27.8%	33.0%
1 a 1.9 millones	fa	0	0	1	6	7
	% total	0%	0%	1%	6.2%	7.2%
2 a 2.9 millones	fa	0	0	0	2	2
	% total	0%	0%	0%	2.1%	2.1%
3 o más millones	fa	0	0	0	1	1
	% total	0%	0%	0%	1%	1%
Total	fa	2	1	14	80	97**
	% total	2%	1%	14.4%	82.5%	94%

Nota: *fa: frecuencia absoluta, **En este cuadro hay que mencionar que seis sujetos no fueron tomados en cuenta en esta tabla porque sus respuestas no se pudieron evaluar, se obtuvo $\chi^2 = 1.99$; $p = .999$ (por lo tanto no hay relación significativa)

Se concluye que no hay relación significativa entre el salario mensual y la clasificación de estilo de vida de las y los instructores. De nuevo siguiendo los casos de las personas que tienen un estilo de vida no saludable (n=2) se puede ver que uno de ellos tiene un ingreso mensual igual o menor a 500 mil colones mensuales y el otro caso tiene un salario entre 500 mil y un millón de colones. Por otra parte la persona que tiene un estilo de vida poco saludable tiene un salario igual o menor a 500 mil colones mensuales. También se encontró que los pocos casos que tienen un salario mayor a 2 millones de colones (n=3) todos se encuentran con una clasificación muy saludable en su estilo de vida.

Tabla 36

Resumen de correlaciones de Person entre edad, cantidad de lugares de trabajo, satisfacción de trabajo, satisfacción del salario y las prácticas y creencias relativas al estilo de vida. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

		Edad	En cuantos lugares trabaja	Grado de satisfacción con su trabajo	Grado de satisfacción con su salario
Edad	<i>r</i> *	1	.029	-.120	-.042
	<i>sig</i> **		.828	.346	.750
	<i>n</i> ***	64	60	64	60
En cuantos lugares trabaja	<i>r</i>	.029	1	.027	.059
	<i>sig.</i>	.828		.796	.578
	<i>n</i>	60	97	96	91
Grado de satisfacción con su trabajo	<i>r</i>	-.120	.027	1	.467**
	<i>sig.</i>	.346	.796		.000
	<i>n</i>	64	96	101	95
Grado de satisfacción con su salario	<i>r</i>	-.042	.059	.467**	1
	<i>sig.</i>	.750	.578	.000	
	<i>n</i>	60	91	95	95
Condición, Actividad física y Deporte	<i>r</i>	-.009	.042	.152	-.065
	<i>sig.</i>	.942	.683	.130	.531
	<i>n</i>	64	97	101	95
Recreación, manejo del tiempo libre	<i>r</i>	.107	-.040	.320**	-.025
	<i>sig.</i>	.398	.697	.001	.808
	<i>n</i>	64	97	101	95
Autocuidado y cuidado médico	<i>r</i>	.169	-.154	.078	.226*
	<i>sig.</i>	.181	.133	.437	.028
	<i>n</i>	64	97	101	95
Hábitos Alimenticios	<i>r</i>	.076	.101	.156	.071
	<i>sig.</i>	.553	.327	.119	.492
	<i>n</i>	64	97	101	95
Consumo alcohol, tabaco y drogas	<i>r</i>	-.306*	.092	-.132	.040
	<i>sig.</i>	.017	.387	.199	.706
	<i>n</i>	60	91	96	91
Sueño	<i>r</i>	.033	-.046	.041	.176
	<i>sig.</i>	.801	.659	.690	.092
	<i>n</i>	62	94	98	93
Creencias: condición, actividad física y deporte	<i>r</i>	-.003	.178	-.107	.021
	<i>sig.</i>	.981	.084	.294	.840
	<i>n</i>	63	95	99	94

Continúa en página 71

Continuación de tabla 36. Viene de la página 70

Creencia :recreación y manejo del tiempo libre	r	-.085	.136	-.197	-.100
	sig.	.509	.188	.051	.339
	n	63	95	99	94
Creencia: Autocuidado y cuidado médico	r	-.139	.048	-.053	-.057
	sig.	.281	.647	.604	.585
	n	62	94	98	93
Creencia: hábitos alimenticios	r	-.184	.014	-.030	-.090
	sig.	.157	.891	.769	.394
	n	61	94	97	92
Creencia: consumo alcohol, tabaco y drogas	r	-.331**	.051	.082	-.020
	sig.	.009	.627	.428	.851
	n	61	93	96	91
Sueño	r	-.030	-.011	.012	.067
	sig.	.819	.919	.906	.526
	n	61	93	97	92
Total de todo el cuestionario	r	.027	.071	.050	.046
	sig.	.833	.492	.618	.659
	n	64	97	101	95

Nota: *r: correlación Pearson, **sig: grado de significancia (p), ***n: cantidad de sujetos tomados en cuenta en el análisis

Se encontró que existe una correlación significativa positiva entre el grado de satisfacción en el trabajo respecto a las prácticas de recreación y manejo del tiempo libre ($r=.320$; $p =.001$; $n=101$). Lo que demuestra que, las y los instructores que tienen un mayor grado de satisfacción con su trabajo presentan mayores puntajes en la dimensión de prácticas de recreación y manejo del tiempo libre.

También se puede observar que existe una correlación significativa positiva entre el grado de satisfacción con el salario mensual respecto a la práctica de autocuidado y cuidado médico ($r=.226$; $p =.028$; $n=95$). Esto demuestra que lo encuestados que tienen una mayor satisfacción con el salario que ganan mensualmente presentan mayores puntajes en la dimensión de prácticas de auto cuidado y cuidado médico.

Este análisis también permite ver que hay una correlación significativa inversa entre la edad y la práctica del consumo de alcohol, tabaco y drogas ($r=-.306$; $p =.017$; $n=60$). Indicando que las personas que tienen mayor edad tienen un mayor consumo de alcohol, tabaco y drogas.

La última correlación significativa que se encontró al igual que la anterior es inversa y fue la que existe entre la edad y las creencias en consumo de alcohol, tabaco y drogas ($r=-.331$;

$p = .009$; $n=61$). Lo que revela que a mayor edad, las y los instructores tienen creencias más altas que el alcohol, tabaco y drogas no son tan dañinos para el cuerpo humano.

Tabla 37

Resumen de correlaciones de Spearman entre edad, cantidad de lugares de trabajo, satisfacción de trabajo, satisfacción del salario mensual y las prácticas y creencias relativas al estilo de vida. Datos de instructores de gimnasios del área metropolitana de la provincia de San José.

		Cantidad de horas de trabajo	Salario mensual como instructor
Condición, Actividad física y Deporte	rho	-.011	.005
	sig.	.914	.960
	n	101	97
Recreación, manejo del tiempo libre	rho	-.101	.050
	sig.	.314	.625
	n	101	97
Autocuidado y cuidado médico	rho	.205*	.194
	sig.	.040	.057
	n	101	97
Hábitos Alimenticios	rho	-.095	-.066
	sig.	.346	.521
	n	101	97
Consumo alcohol, tabaco y drogas	rho	.034	-.073
	sig.	.741	.489
	n	95	92
Sueño	rho	-.156	-.005
	sig.	.126	.958
	n	98	94
creencias: condición, actividad física y deporte	rho	-.045	.059
	sig.	.659	.571
	n	99	95
creencia :recreación y manejo del tiempo libre	rho	-.154	.032
	sig.	.128	.761
	n	99	95
creencia: Autocuidado y cuidado médico	rho	.032	.010
	sig.	.752	.923
	n	98	94

Continúa en página 73

Continuación de tabla 37. Viene de la página 72

creencia: hábitos alimenticios	rho	.089	-.031
	sig.	.387	.765
	n	97	93
creencia: consumo alcohol, tabaco y drogas	rho	.163	-.063
	sig.	.113	.552
	n	96	92
sueño	rho	-.069	.010
	sig.	.503	.921
	n	96	93
total de todo el cuestionario	rho	.034	.072
	sig.	.736	.484
	n	101	97
Cantidad de horas de trabajo por día	rho	1.000	.248*
	sig.	.	.015
	n	101	96
Salario mensual como instructor	rho	.248*	1.000
	sig.	.015	.
	n	96	97

Nota: *rho: correlación Spearman, **sig: grado de significancia (p), ***n: cantidad de sujetos tomados en cuenta en el análisis.

Se encontró que existe una correlación significativa positiva entre la cantidad de horas de trabajo respecto a las prácticas de autocuidado y cuidado médico ($rho=.205$; $p=.040$; $n=101$). Lo que indica que, las y los instructores encuestados que trabajan mayor cantidad de horas por día tienen un mejor reporte en la dimensión de prácticas en autocuidado y cuidado médico.

Capítulo V DISCUSIÓN

En esta primera parte, se va hablar de los resultados descriptivos presentados en las respuestas a las preguntas psicosociodemográficas, sobre todo en lo que respecta al nivel académico de la población que participo en el estudio. Luego se presentaran los factores psicosociodemográficos respecto a los estilos de vida.

Sin duda alguna, el nivel académico de los profesionales en salud, que trabajan promoviendo ejercicio dentro de los centros de acondicionamiento físico en el país, debe ser el adecuado o por lo menos cumplir con los requisitos mínimos que exige la ley, para poder desenvolverse en estos puestos, ya que el desconocimiento, la falta de preparación y/o experiencia, pueden afectar negativamente la salud de una o varias personas que sean atendidas por algún instructor que no esté capacitado correctamente. Por esta razón, en el cuestionario también se realizaron preguntas que miden el nivel académico, lo que permitió ver la realidad de la población que actualmente trabaja en los centros de acondicionamiento físico en los cantones de San José seleccionados para este estudio.

Respecto a este tema, la tabla 7 evidenció algo realmente alarmante, y preocupante, existe un 3% de la muestra que no han aprobado el Bachillerato en Enseñanza Media y que además dos de ellos no cuentan tampoco con alguna certificación nacional ni internacional y solo uno posee una certificación nacional. Aunque es un pequeño porcentaje de casos, no debería ninguno de ellos estar ejerciendo funciones como instructor en ningún gimnasio.

También la tabla 8 muestra que aproximadamente el 42.2% de la población encuestada no tienen aprobado el bachillerato universitario en alguna carrera que los capacite en Ciencias del Movimiento Humano, Educación Física o Terapia Física como lo exige el Manual de Normas para la Habilitación de los Centros de Acondicionamiento (Ministerio de Salud, 2007), y 4 casos que tienen título de bachillerato universitario pero en otras carreras que no tienen que ver con la salud o el ejercicio. Además, la tabla 12 y 13 refleja que existe un 40% que no poseen ninguna certificación nacional, un 64.6% tampoco tiene certificaciones a nivel internacional. Analizando los datos se determina que un 16% de los encuestados no tienen bachillerato en ciencias de la salud o el ejercicio, ni ninguna certificación en esta área. Estos datos demuestran la poca o nula preparación académica de muchas de las personas que laboran en los centros de acondicionamiento físico, situación que difiere mucho a la que se presenta en un país como

Estados Unidos, que es muy influyente en el mundo de la prescripción de ejercicio para la salud o entrenamiento deportivo. Recientemente Waryasz, Daniels, Gil, Suric y Ebersson (2016), evaluaron el nivel académico de los entrenadores personales en la zona de Palo Alto California, dando como resultado entre 605 entrenadores personales que el 64.2% tenían el bachillerato universitario relacionado al ejercicio, el 89% contaba con una certificación de entrenador personal y solo el 2.9% no poseía ningún título. Esto demuestra lo lejos que se encuentra Costa Rica de tener una mayoría de profesionales en la prescripción de ejercicio, bien capacitados ayudando a la salud pública del país.

Esta poca o nula preparación académica de gran cantidad de personas trabajando en los centros de acondicionamiento físico es contraproducente, porque actualmente ha ido creciendo el interés de tener un estilo de vida saludable por parte de la población general y uno de los aspectos que intentan mejorar es el aumento del ejercicio físico, por eso acuden a centros de acondicionamiento físico o buscan entrenadores personales para que los guíen y les prescriban el ejercicio correcto. Estos profesionales tienen una función importante como intermediarios entre sus clientes y la gran cantidad de información disponible sobre la salud, la aptitud y el peso corporal (Ngairé y Maddison 2016), por lo tanto, su conocimiento académico debe ser bastante amplio para no incurrir en mala praxis.

Además, el aumento de los tipos de entrenamiento de alta intensidad como el High Intensity Interval Training (HIIT) y también High Intensity Power Training (HIPT) han ido incorporando movimientos complejos, de impacto y de alta carga dentro de las rutinas de ejercicios para la población general (Waryasz et. al 2016). Este tipo de entrenamiento se ha popularizado con ciertas marcas, por ejemplo, P90X®, Insanity®, Crossfit®, y han encontrado incrementos en el VO₂ máximo, mejoras de composición corporal y una actitud de realizar este tipo de ejercicio de alta intensidad devotamente (Gregory, 2014; Grier, Canham-Chervak, McNulty, Jones, 2013).

Por los buenos resultados que se obtienen de practicar este tipo de entrenamiento, se está prescribiendo mucho por parte de los instructores en los centros de acondicionamiento físico y en las sesiones personalizadas. Adicionalmente se debe mencionar que otra ventaja que se tiene de esta práctica, según Heinrich, Patel, O'Neal y Heinrich (2014), es que las personas pasan mucho menos tiempo por semana realizando ejercicio, sin embargo mantienen el disfrute de la actividad y existen más probabilidades de tener la intención de continuar realizándolos, por lo que estos

mismos autores recomiendan que los ejercicios de alta intensidad por todos sus beneficios y ventajas deberían incluirse en las intervenciones de salud pública. También existe literatura que demuestra que esta forma de entrenamiento no es más peligrosa que el entrenamiento regular de pesas (Waryasz et. al 2016). Eso sí, hay que tomar en cuenta que esa información se ha obtenido de estudios realizados con poblaciones militares (Heinrich et al. 2014), las cuales tienen un estado físico muy diferente a la población regular.

Sin embargo, el departamento de defensa de los Estados Unidos y el Colegio Americano de Medicina Deportiva, han planteado preocupaciones por este tipo de entrenamiento de alta intensidad, mencionando la posibilidad de una insuficiente instrucción, falta de progresiones, necesidad de escalas o niveles y la importancia de buena supervisión a los participantes, para evitar sobreentrenamiento y lesiones en la población general (Heinrich et al. 2014).

Estados Unidos siendo un país muy avanzado en el campo del ejercicio y el entrenamiento, además, con estudios como el de (Waryasz et. al 2016), que demuestran el nivel académico de sus entrenadores y aun así, se preocupan por la capacidad de las personas que prescriben este tipo de ejercicio de alta intensidad en la población regular.

Ahora en el caso de Costa Rica, donde el presente estudio refleja que casi la mitad de entrenadores tienen poco nivel académico, la situación es verdaderamente crítica, porque no van a tener el conocimiento necesario para prescribir ejercicio de la manera correcta. Tanto el ejercicio tradicional, así como las nuevas tendencias de entrenamientos de alta intensidad, en lugar de ayudar a la salud pública mejorando el estado físico de las personas que realizan ejercicio frecuentemente, se puede volver un cúmulo de lesiones, sobreentrenamiento, fatiga, falta de adherencia y motivación. Acarreando más problemas de salud a los costarricenses que realizan ejercicio bajo la supervisión de entrenadores con nulo o poco nivel académico que puede derivar en un mayor gasto económico para el estado cuando tenga que recuperar a estas personas lesionadas. Como menciona Faigenbaum y Myer (2010), la falta de instrucción calificada, cargas inapropiadas, mala técnica de los ejercicios son las causantes de varias de las lesiones reportadas por el entrenamiento de pesas.

Por lo tanto, el Ministerio de Salud y la Municipalidades de cada cantón, responsable de otorgar la patente para el funcionamiento de cualquier centro de acondicionamiento físico debería tener mayores controles, y realizar visitas frecuentes a estos lugares para supervisar el personal que está laborando.

En Costa Rica actualmente los centros de acondicionamiento físico se rigen por el Manual de Normas para la Habilitación de Centros de Acondicionamiento Físico, el cual tiene un apartado que menciona los requisitos académicos que deben tener las personas que trabajan como directores de programa, instructores y entrenadores personales.

Si se analiza desde los datos encontrados en el presente estudio, existe una cantidad importante de personas encuestadas que no cumplen con los requerimientos académicos mínimos que exige la ley para el puesto que desempeñan. Del 45.6% que se menciona sin bachillerato universitario en alguna ciencia de la salud o el ejercicio, hay un 15.5% que tampoco tiene certificaciones nacionales, por lo tanto es personal que no debe desempeñar ninguno de los puestos dentro del gimnasio antes mencionados. Tampoco podrían trabajar como entrenador personal ni director de programa las personas que no tienen título universitario, aunque tengan certificaciones nacionales o internacionales, de este modo se encontró que 17.4% tampoco podrían trabajar en esos puestos.

Solamente en el puesto de instructor de planta o instructor de clases grupales podría trabajar una persona que no tiene bachillerato universitario en una carrera relacionado con la salud y el ejercicio, pero que está certificada para tal fin por el ICODER o algún órgano técnico que este haya designado (Ministerio de Salud, 2007), según este criterio, hay 10% que sí tienen la posibilidad de trabajar sin título universitario.

Al unir los datos, se encontró que existe un 33% de la población encuestada que no cumple el requisito académico mínimo que exige la ley para poder desempeñar el puesto en el que están laborando.

Se debe enfatizar que tener un título universitario en ciencias relacionadas con salud o ejercicio es un requisito para poder trabajar en los CAF y además brinda mucho conocimiento teórico que después se debe aplicar en la práctica. Pero en la actualidad, quedarse solo con un título de universidad significa tener buenas bases académicas pero se necesita más que eso para poder adaptarse a la creciente información proveniente de la salud y el ejercicio. Como menciona Castañeda (2009), el ámbito de la salud y la actividad física no para de crecer a pasos agigantados, por lo tanto, las certificaciones son una fuente de actualización o especialización muy importantes. Las cuales pasan por un proceso de evaluación y cumplimiento de ciertos estándares predeterminados a través de completar con éxito un examen válido y fiable (Potteiger, 2014). Algunas certificaciones tienen programas extremadamente rigurosos y con requisitos de

cursos previos, mientras que otras se requiere pagar una cuota para tomar un examen y pasarlo con nota ya estandarizada (Waryasz et. al 2016).

Una certificación demuestra un cierto nivel de competencia, conocimiento, habilidades y capacidades (Castañeda 2009). Pero en el caso de los instructores encuestados que poseen certificaciones nacionales surge un gran problema, porque resulta difícil poder determinar la calidad de esa certificación debido a muchas de ellas son brindadas por centros o personas de ámbito privado que crean la certificación sin ser avalada por el ICODER o algún órgano técnico que éste designe para tal función, por lo tanto, el contenido, los objetivos, los profesores que lo imparten, no necesariamente dejan un aprendizaje correcto a las y los entrenadores que decidieron llevar esa capacitación y al final de cuenta los más perjudicados son los clientes, que están siendo atendidos por una persona que no se sabe si está bien capacitada.

Respecto a este tema, se puede tomar como ejemplo los Estados Unidos, donde existe la National Commission for Certifying Agencies (NCCA), la cual realiza una auditoría externa sobre todas las facetas del programa de certificación y de la organización que determina la competencia profesional. El objetivo final es conseguir legitimar y dar credibilidad a una certificación, de forma que los clientes finales puedan estar convencidos de que el profesional que los atiende ha seguido un riguroso programa formativo (Castañeda 2009).

Siguiendo en Estados Unidos, Malek, Nalbone, Berguer, Coburn (2002); Chulvi-Medrano, Pomar-Pruig, Heredia- Elvar, Colado (2007), Waryasz et. al (2016) mencionan que las certificaciones de educación en ciencias de la salud y del ejercicio de la ACSM (American College Sport Medicine) o NSCA (National Strength Conditioning Association) resultan ser los mayores predictor de conocimientos (relacionados con nutrición, cribado de salud, protocolos de evaluación, prescripción de ejercicio y poblaciones con requerimientos especiales). No solo estas dos certificaciones son reconocidas en ese país, porque existen entre 250-400 certificaciones, eso sí, parece que existe consenso en señalar a las proporcionadas por ACSM, NSCA, como se mencionó anteriormente y además las de NAMS (National Academy of Sport Medicine) y ACE (American Council on Exercise), son las más reconocidas, aparte que todas ellas cuentan con la acreditación de la NCCA. (Castañena 2009; Howell y Bulmer, 2005; Piedra, 2013).

En Costa Rica la situación es bastante diferente respecto a las certificaciones, aunque en los últimos años se ha empezado a regular las características académicas que deben tener las personas que trabajan en los gimnasios prescribiendo ejercicio a los clientes. Revisando un poco

la historia, hace varios años atrás empezó a aumentar la cantidad de establecimientos dedicados a actividad física y muchos no contaban con las condiciones mínimas de seguridad ni de recurso humano idóneo para la prescripción de ejercicio, por tal motivo en el año 1998 el Ministerio de Salud y el Instituto Costarricense de Deporte y Recreación (ICODER) empiezan a gestar el Manual de Normas para Centros de Acondicionamiento Físico. Pero fue hasta el año 2003 que se creó una comisión interdisciplinaria e interinstitucional con el objetivo de regular los centros de acondicionamiento físico, integrada por representantes de las universidades nacionales públicas, como privadas, expertos en el campo de la educación física, representantes del ICODER y representantes del Ministerio de Salud (tanto de dirección de servicios de salud como de la dirección de protección al ambiente humano), además se consultaron otras instituciones como la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), asociaciones involucradas, propietarios de centros de acondicionamiento físico, instructores, entre otros. Fue hasta el año 2007 que se publica en el diario oficial la Gaceta, el Manual de Normas para la habilitación de centros de Acondicionamiento Físico (Reseña histórica de los CAF, G. Azofoeifa, comunicación personal 18 noviembre 2015).

Este Manual de Normas regula tanto las instalaciones, como las personas que trabajan prescribiendo ejercicio dentro de los centros de acondicionamiento físico, que es la parte que interesa en este estudio. Donde se definió al ICODER como el ente que debe certificar el conocimiento de los instructores que no tengan un título universitario en Ciencias del Movimiento Humano y que estuvieran trabajando como entrenador antes de la publicación de este manual en el año 2007. También el ICODER es el ente encargado de acreditar a empresas o personas que quieran brindar certificaciones de entrenadores personales. Durante los años 2011 y 2015 fue el tiempo que por decreto se tenía para que las personas o entidades privadas pudieran optar dicha acreditación. Pero nadie llegó a formalizar o concretar dicho trámite. Por lo tanto, actualmente en Costa Rica las certificaciones de entrenador personal que se brindan en el mercado ninguna está avalada por el ICODER, de modo que las personas que las aprueben no podrían trabajar en gimnasios con las normas que exige la ley. Con lo cual, a partir del año 2016 solo las personas que tengan un título universitario en Ciencias del Movimiento Humano, Educación Física y Terapia Física reconocidas por parte del Consejo Nacional Enseñanza Superior Universitaria Privada (CONESUP) o Consejo Nacional de Rectores (CONARE) puede trabajar en alguno de los tres puesto que tienen los gimnasios, que son director de programas,

instructor de planta y entrenador personal. Esta información fue suministrada por el ICODER en su departamento de capacitación técnica deportiva y recreativa (G. Azofeifa, comunicación personal 20 noviembre 2015).

El hecho que ninguna empresa, asociación, persona o gimnasio tenga la acreditación por parte del ICODER para poder brindar el servicio de certificaciones en entrenamiento o certificaciones para ser entrenador planta o entrenador personal acarrea un gran problema y es el hecho que no se evalúa la calidad de las certificaciones que se encuentran en el mercado costarricense. La persona que aprueba alguna de las certificaciones que actualmente se están dando en Costa Rica no tiene la seguridad si adquirió el conocimiento suficiente o el adecuado ya que ningún ente oficial supervisa esa certificación.

Ciertos autores como Waryasz et. al (2016), menciona que los entrenadores personales deben de tener mínimo un grado de colegiado en ciencias de la salud y/o entrenamiento o tener una certificación de entrenador personal, mientras que Piedra (2013), menciona que la falta de regulación de los contenidos de los cursos para ese puesto y el hecho que cualquiera persona pueda matricularlos, sin ser un profesional en el campo de la prescripción del ejercicio, produce que personas no capacitadas ejerzan el entrenamiento personal, lo cual es muy peligro para quienes contratan dicho servicio. Además hay que mencionar que le podría traer complicaciones legales si ejerce un trabajo con un título que no cumple las normas que exige la ley.

Existiendo estos problemas académicos, se vuelve indispensable la creación de un Colegio Profesional de Entrenadores o de Ciencias del Movimiento Humano y que junto con el Ministerio de Salud, y el ICODER, regulen y acrediten de manera eficiente las certificaciones que se brindan en el país, asegurándose de esta forma estándares de educación y que también promuevan el aprendizaje constante de los entrenadores, fiscalicen los centros de acondicionamiento físico y las personas que laboran en los diferentes puestos que prescriben, sin olvidar que también deben defender los derechos de estos trabajadores.

Dejando atrás el tema del nivel educativo, a continuación se analizará lo referente al estilo de vida de la población encuestada. El cuestionario que se utilizó para evaluar el estilo de vida contaba con la sub escala de prácticas y la sub escala de creencias, y cada una de estas, estaba conformadas por 6 dimensiones diferentes. En la tabla 29, se observa un cuadro comparativo de las seis dimensiones que componen la sub escala de prácticas, en donde la dimensión de condición, actividad física y deporte se muestra que el 36% de hombres, 32.1% de

las mujeres que sería un 34.9% de la muestra total presentó una práctica no saludable o poco saludable, que equivale a un poco más de un tercio de los y las participantes, situación bastante curiosa, porque son personas que promueven a sus clientes realizar actividad física y ejercicio, pero una cantidad importante de esta población analizada no lo practica de forma saludable en ellos mismos. Esta tendencia tiene similitud con lo que encontró Rugama (2014), quien realizó en Costa Rica un estudio de estilos de vida con funcionarios del área de salud de Barranca de Puntarenas, encontrando en la dimensión de condición física altos porcentajes de riesgo, donde casi no dedicaban tiempo para ejercitarse. Aunque se trata de diferentes profesionales de la salud, se encuentra una similitud en la dimensión de actividad física. Sabiendo los beneficios para la salud que trae la actividad física y el ejercicio algunos de estos profesionales la descuidan.

Los autores López y Villalobos (2004); Trejo et al. (2015), menciona que hoy en día saber que la práctica de ejercicio físico proporciona beneficios a la salud no es razón suficiente para convertirla en un hábito de la vida diaria, se necesita un factor motivacional adicional el cual, sí va determina la práctica de actividad física. Por su parte Rodríguez (1995), cita que el hecho que una persona lleve a cabo o no, comportamientos protectores de su salud podría depender de motivaciones, que a su vez dependen de la percepción que el individuo tiene de las enfermedades, o de los modelos sociales a los cuales está expuesto. Los factores motivacionales pueden ser de diferente índole: competición, capacidades personales, aventura y diversión, aspectos sociales, forma física e imagen personal, entre otros (Garita, 2006).

Este tercio de las personas instructoras encuestadas en este estudio podrían tener alguna falla en su motivación para realizar ejercicio físico saludable, situación que contrasta como parte de sus funciones con los clientes.

Pero cuando estos resultados se comparan con los que se obtuvieron en la sub escala de creencias sobre condición, actividad física y deporte, el 100% de las personas encuestados tuvieron creencias altas y muy altas sobre este tema, situación que se podría catalogar como lógica ya que deben manejar el conocimiento teórico de este tema bastante bien porque es parte de su trabajo, para así poder guiar y estimular a los clientes a que realicen actividad física de una forma saludable. Una situación parecida ocurrió en el estudio sobre prácticas y creencias sobre estilo de vida saludable con enfermeros, de Trejo et al. (2015), donde concluyeron que a pesar de que estos profesionales tienen creencias positivas sobre estilos de vida saludable, no lo demuestran en su práctica diaria, sobretodo en la actividad física y alimentación.

También, en la sub escala de prácticas pero en la dimensión de sueño, se presentó una tendencia similar, donde un 18% del total de la muestra tienen hábitos poco saludables y nada saludables. En esta misma sub escala de prácticas pero en la dimensión de consumo de alcohol, tabaco y drogas un 7% del total de la muestra tiene hábitos poco saludables y no saludables. Además paso algo que llama la atención con esta dimensión de consumo de alcohol, tabaco y drogas porque hubo 6 sujetos masculinos que no contabilizaron para la suma de casos en esta dimensión y esto se debió a que esos sujetos dejaron las 10 preguntas correspondientes sin contestar, lo cual evidencia cierto intento de ocultar información o no darse por aludidos con respecto a este tema.

Como menciona Arrivillaga y Salazar (2005), es obvio que el componente cognoscitivo forma parte de la estructuración de un estilo de vida saludable, aunque no necesariamente lo determine. El que se realice una conducta de salud no garantiza que se lleven a cabo otros comportamientos saludables, pues en el repertorio de conducta de un individuo pueden convivir al mismo tiempo hábitos saludables y nocivos (Arrivillaga, et al. 2003), esto explica en parte porque cierta parte de la población encuestada tiene malos puntajes en determinadas dimensiones del cuestionario de estilo de vida y en otras dimensiones tiene muy buenos puntajes.

Otro factor que también puede influir en el puntaje bajo en alguna de las 6 dimensiones que presentaba el cuestionario de estilos de vida, puede deberse a que algunos de ellos tengan una percepción de vulnerabilidad menor, donde no perciban los riesgos de salud como algo cercano o se perciben como sujetos invulnerables y por ende ejecutan conductas insanas que afectan la salud a mediano o largo plazo, esto puede indicarse como un comportamiento deficitario en autocontrol (Bandura 1986; Arrivillaga y Salazar 2005).

A pesar de estos resultados que demuestran puntajes bajos en ciertas dimensiones del estilo de vida, cuando se analiza de manera general la población en estudio se pudo encontrar que de los 103 instructores encuestados un 97.1% cuentan con estilos de vida saludable o muy saludable, y al analizarlo por sexo se demuestra la misma tendencia, donde el 97.4% de hombres y el 96.4% de las mujeres tienen estilos de vida saludables o muy saludables.

Se debe recordar que este cuestionario de estilo de vida evalúa prácticas y creencias, por lo tanto, en la parte de creencias salieron bastante altas las puntuaciones y probablemente se debe a que tienen conocimientos teóricos sobre estos temas que han aprendido ya sea en la universidad, las certificaciones o en el propio trabajo.

Si bien es cierto se obtuvieron puntajes que clasifican a la mayoría de las personas con un estilo de vida saludable o muy saludable, en muchos casos tenían bajos puntajes en una o dos de las 6 dimensiones que componen el cuestionario (condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; sueño) con lo cual, en esa o esas dimensiones específicamente eran calificados como poco saludable o no saludable. Pero a pesar de eso, al sumar todos los puntos obtenidos en las demás dimensiones, la persona lograba ser calificada con un estilo de vida saludable o muy saludable.

No se encontró estudios similares que evaluará estilos de vida en instructores de gimnasio, para poder compararlos con los resultados obtenidos en esta investigación. Solo se puede comparar con estudios que valoraron a otros profesionales de la salud, los cuales también ejercen una influencia sobre pacientes o clientes a que lleven estilo de vida saludable, cabe aclarar que utilizaron el mismo cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida que se utilizó en el presente estudio.

Se puede mencionar el realizado por Sanabria-Ferrand et al (2007), donde evaluaron los estilos de vida de doctores y enfermeras en las principales ciudades de Colombia y encontraron que sólo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras presentan un estilo de vida saludable y que el principal problema está relacionado con la actividad física y el deporte. Luego Tejo et al. (2015), encontró en su estudio realizado a enfermeros y enfermeras en un hospital público de Zacatecas, México, que el 70% del personal encuestado (n=136), esta con sobre peso u obesidad y más de la mitad de los participantes tienen estilo de vida poco saludable. Aunque estas poblaciones conocen sobre los grandes beneficios del ejercicio en su salud, esta actividad requiere tiempo, esfuerzo y energía que desafortunadamente son cosas que muchas personas no les gustan hacer Nigg (2014), y no solo eso, sino que también el carácter placentero y la inmediatez de los efectos de las conductas no saludables, influyen en que estos profesionales no adopten estilos de vida saludable (Trejo et al. 2015).

Pero en el presente estudio se encontró datos un poco diferentes a los presentados en anteriores investigaciones que evaluaron a otros profesionales de la salud, cuando se refiere a estilo de vida en general, pero cuando se detalla algunas dimensiones del el estilo de vida se encuentra cierta similitud con otros estudios.

Ahora bien, al analizar la relación entre factores psicosociodemográficos y diversas prácticas y creencias que caracterizan los estilos de vida de personas que trabajan como directores de programas, instructores o entrenadores personales, en centros de acondicionamiento físico ubicados en el Gran Área Metropolitana de San José, se encontró luego del análisis estadístico que existe una correlación significativa positiva entre el grado de satisfacción en el trabajo respecto a las prácticas de recreación y manejo del tiempo libre ($r=.320$; $p =.001$; $n=101$). Lo que demuestra que, las y los instructores que tienen un mayor grado de satisfacción con su trabajo presentan mayores puntajes en la dimensión de prácticas de recreación y manejo del tiempo libre.

Es importante recordar que la satisfacción laboral está relacionada al clima organizacional de la institución y al desempeño laboral, con condiciones favorables de trabajo, con colegas que brinde apoyo, satisfacción con la supervisión, compatibilidad entre la personalidad y el puesto (Flores, 1992; Cambroner, 2011). Por su parte, Aguado y Lloréns, (2000); Miquilena (2011), van un poco más allá en la definición la satisfacción laboral tomando en cuenta factores también personales que no solo se limita al lugar donde trabajo y mencionan que esa satisfacción laboral se logra mediante diversos factores motivacionales que son resultado de diversas actitudes que tienen los trabajadores en relación con el salario, la supervisión, el reconocimiento, oportunidades de ascensos (entre otros), ligados a la edad, la salud, relaciones familiares, posición social, recreación y demás actividades en organizaciones laborales.

Siendo la recreación un factor que influyen en el trabajo, ya que el hombre ha tenido la necesidad de emplear tiempo libre para distraer la mente y recrearse, lo cual constituye una actividad sana, divertida que sabiendo sacar el debido provecho, puede ayudar al desarrollo integral del individuo. Por lo tanto tener buenos hábitos en la práctica de la recreación y manejo del tiempo libre es un factor que influye directamente en la satisfacción laboral, ambos están ligados.

Otra correlación significativa positiva que se encontró fue entre el grado de satisfacción con el salario mensual respecto a la práctica de autocuidado y cuidado médico ($r=.226$; $p=.028$; $n=95$). Esto demuestra que las personas encuestadas que tienen una mayor satisfacción con el salario que reciben mensualmente presentan mayores puntajes en la dimensión de prácticas de auto cuidado y cuidado médico. También existe una correlación significativa positiva entre la cantidad de horas de trabajo respecto a las prácticas de autocuidado y cuidado médico ($\rho=.205$;

$p=.040$; $n=101$). Lo que indica que, las y los instructores encuestados que trabajan mayor cantidad de horas por día tienen un mejor reporte en la dimensión de prácticas en autocuidado y cuidado médico.

Las correlaciones mencionadas anteriormente pueden ir de la mano, generalmente los instructores que mayor cantidad de horas trabajan al día, van a tener una remuneración económica mayor y por ende una mayor satisfacción con su salario. Lo cual puede influir en que tengan una cantidad de recurso económico que pueden destinar a los autocuidados y cuidados médicos que son importantes para la salud, pero que requieren ser pagados y muchas veces los precios pueden ser un poco altos como por ejemplo citas con el médico especialista, odontólogo, chequeos, exámenes y tratamientos médicos, bloqueadores solares, protectores especiales para el trabajo, ejercicio o vida diaria, entre otras cosas. Muchas personas, no solo los instructores, dejan de realizar este tipo de autocuidado y cuidado médico debido a que su salario no les alcanza para poder invertir en ello. Tienen diferentes deudas, gastos o compromisos económicos que consideran de primera importancia y estos autocuidados y cuidados médicos lo dejan de lado, o como se mencionó anteriormente, no les alcanza el dinero y solo cuando tienen algún problema de salud fuerte acuden a este tipo de cuidados.

También existe una correlación significativa estadísticamente pero inversa entre la edad y la práctica del consumo de alcohol, tabaco y drogas ($r=-.306$; $p=.017$; $n=60$), de igual manera significativamente inversa se encontró correlación entre la edad y las creencias en consumo de alcohol, tabaco y drogas ($r=-.331$; $p=.009$; $n=61$). Indicando que las personas que tienen mayor edad tienen un mayor consumo de alcohol, tabaco y drogas y también tienen creencias bajas del efecto negativo del alcohol, tabaco y drogas en el cuerpo humano. Esta correlación contrasta con la información reportada en otros documentos, donde las personas que tienen menor edad son las que tienen prácticas de mayor consumo de alcohol, tabaco y drogas además de creencias no favorables para la salud. Por ejemplo, Spear, (2015), menciona que el consumo intensivo de alcohol no controlado, se dan en las edades de la adolescencia tardía que abarca de los 18 a 25 años. Igualmente en la edad de la adolescencia y la juventud los individuos presentan una predisposición a la toma de riesgos, (en este caso, consumo excesivo alcohol) ya que no cuentan con los controles suficientes antes pautas conductuales sesgadas por su experiencia emocional (Michelini, Acuña y Godoy, 2016). Por lo tanto, en este contexto, con frecuencia los jóvenes toman decisiones desventajosas (Albert y Steinberg, 2011). Ese mayor consumo de bebidas

alcohólicas cuando son jóvenes lo hacen según Gaspar, Rodríguez, Salgado y Franco (2012), para sentirse bien y divertirse, para descansar y olvidar el estrés, para escapar de los problemas cotidianos, para estar más a gusto en actividades o reuniones sociales y en algunos casos para ser parte del grupo.

En su página de internet el Instituto sobre Alcoholismo y Fármaco Dependencia (IAFA) reporta que en Costa Rica entre los 18 a 29 años de edad es donde las personas fuman más, (IAFA, 2015), lo cual también concuerda con el alcohol, que a menores edades es donde se da mayor consumo. Pero referente al consumo de drogas como la marihuana (IAFA, 2015), reporta que el consumo activo de droga no se percibe diferencias significativas entre las edades, ya sea adultos, jóvenes o menores de edad.

Pasando a la parte de creencias sobre alcohol, tabaco y drogas, a mayor edad, se tiene creencias más favorables respecto a la salud, lo cual puede estar directamente relacionado con la percepción de vulnerabilidad que se produce con el paso del tiempo y de los años. En los más jóvenes la percepción de vulnerabilidad puede ser más baja, lo que tiene que ver además con la contingencia entre un comportamiento de riesgo para la salud y la aparición de la disfunción. Generalmente, ambos procesos no se dan temporalmente cercanos, a no ser que se trate de un trauma para la salud intenso, agudo y de alto impacto emocional. En otras palabras, sujetos jóvenes no perciben el riesgo como algo cercano, o se perciben como sujetos invulnerables y por ende ejecutan conductas insanas que afectan la salud a mediano o largo plazo, esto puede indicarse como un comportamiento deficitario en autocontrol (Bandura, 1986).

Como se pudo notar, existe una diferencia entre los resultados obtenidos en la correlación de edad con prácticas y creencias, respecto al consumo del alcohol, tabaco y drogas en esta investigación, con lo que demuestra la literatura. Una de las causas de porque esta diferencias podría deberse a la hora de contestar el cuestionario, por ejemplo que los instructores de menores edades ocultaran cierta información o la manipularan al no tener la suficiente confianza de contestar el cuestionario, o al sentir que podría afectarles si alguien revisara sus respuestas a pesar que el cuestionario es totalmente anónimo y se les explicó antes de contestarlo y las personas de mayor edad no tuvieron impedimento en contestar con la verdad en esta dimensión del cuestionario que resulta ser algo incómoda para ciertas personas. Otra posibilidad puede ser que realmente con el paso de los años en esta profesión se mantiene o se aumenta el consumo de este tipo de sustancias, situación que se podría analizar con mayor profundidad en otro estudio

que evalué más ampliamente el consumo de alcohol, tabaco y drogas en los instructores que laboran en los gimnasios de la gran área metropolitana de San José.

Estos factores psicosociodemográficos que tuvieron una relación estadísticamente significativa con las prácticas y creencias de estilos de vida fueron bastante variados, algunos resultados concordaron con lo que dice la literatura y mientras otros como la edad respecto a la práctica y creencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas fueron contrarios a lo que dice la teoría. Lo que demuestra que factores como la edad, nivel cultural, nivel socioeconómico, el sexo e incluso factores emocionales y cognitivos pueden afectar la adopción de conductas sanas que mejoren el estilo de vida (Brenes y Esquivel 2013; Sanabria-Ferrand et al 2007).

Capítulo VI CONCLUSIONES

Con las respuestas brindadas dentro del cuestionario de prácticas y creencias de estilos de vida, por parte de los instructores que laboran en los centros de acondicionamiento físico de la gran área metropolitana de San José, se presentan las siguientes conclusiones:

- Existe un déficit del nivel académico de una gran cantidad de la población que laboran en los centros de acondicionamiento físico. Cerca del 50% de los instructores no cuentan con un bachillerato universitario en ciencias de la salud o el deporte. Además, el 33% de los encuestados no cumplen con los requisitos académicos mínimos para el puesto en que laboran, incumpliendo lo que exige el Manual de Normas para la habilitación de Centros de Acondicionamiento Físico que rige actualmente en el país. Lo que se convierte en un riesgo para la salud de del cliente, al ser atendido por alguien no capacitado y un riesgo legal para el gimnasio y la persona que está incumpliendo la ley.
- Los factores psicosociodemográficos que se relacionan estadísticamente en el estilo de vida de la población analizada fueron los siguientes: las y los instructores con mayor grado de satisfacción en el trabajo tuvieron mejores prácticas de recreación y manejo del tiempo libre. La población encuestada con mayor grado de satisfacción con el salario mensual tuvieron mayores prácticas de autocuidado y cuidado médico. Las personas que trabajan mayor cantidad de horas tienen mejores prácticas de autocuidado y cuidado médico. También las personas que tienen mayor edad tienen un mayor consumo de alcohol, tabaco y drogas. Además, las y los instructores que tienen mayor edad tienen creencias desfavorables respecto al consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- Dentro del estilo de vida de las y los instructores que trabajan en los centros de acondicionamiento físico de los cantones de Escazú, Santa Ana, Montes de Oca y Desamparados se encontró en algunas dimensiones del cuestionario de prácticas y

creencias de estilos de vida, un porcentaje importante de encuestados con puntajes que los clasificaban en poco o no saludables. Es el caso de la condición, actividad física y deporte donde se demostró que 36% de hombres, 32.1% de las mujeres que sería un 34.9% de la muestra total presentó una práctica no saludable o poco saludable. Luego, en una menor cantidad se presentó una tendencia similar en la dimensión de sueño, donde un 18% del total de la muestra tienen hábitos poco saludables y nada saludables. También en la dimensión de consumo de alcohol, tabaco y drogas un 7% del total de la muestra tiene hábitos poco saludables y no saludables.

- Al evaluar el puntaje final del cuestionario, donde cataloga el estilo de vida general de los participantes, se determinó que el 97.1% cuentan con estilos de vida saludable o muy saludable, y al compararlo por sexo se encuentra la misma tendencia para ambos, siendo el 97.4% de los hombres y el 96.4% de las mujeres saludables o muy saludables. Esto, a pesar de que existe una cantidad de encuestados que tienen deficiencia en ciertas dimensiones, pero por el tipo de cuestionario utilizado al final de toda la evaluación, terminan con una buena calificación. De este modo, la mayoría de la población de instructores estudiada demuestra que no solo estimula a las personas para adquieran un estilo de vida saludable, sino que también lo aplican para sus vidas, por lo que se vuelven ejemplos a seguir por parte de sus respectivos clientes.

Capítulo VII RECOMENDACIONES

- Luego de encontrar grandes deficiencias en el nivel educativo de una gran parte de la población que estuvo involucrada en el estudio, se vuelve indispensable la creación de un Colegio Profesional de Entrenadores o de Ciencias del Movimiento Humano que venga a ordenar y regular el grado académico que tienen los instructores que laboran en los gimnasios de Costa Rica. Aunque existe el Manual de Normas para la habilitación de centros de Acondicionamiento Físico y claramente está indicado cuales son los requisitos académicos que deben tener los entrenadores que laboran en los gimnasios, parece que no hay ninguna entidad que llegue a supervisar si realmente se está cumpliendo esos requisitos. Con la creación de este colegio profesional, serian ellos los encargados de fiscalizar que los instructores cumplan con los requisitos académicos.

- Con la creación de un colegio profesional, también daría la oportunidad a otros estudiantes que quieran realizar investigaciones sobre esta población. Se tendría mayor control y facilidades para poder localizar a los instructores en los diferentes gimnasios. Debido a que durante la realización de este estudio se tuvieron muchas dificultades para encontrar los centros de acondicionamiento físico. Las mismas municipalidades no tienen una lista exacta y clara de los gimnasios que están funcionando en su respectivo cantón.

- El Ministerio de Salud actualmente debe volver a incorporar mecanismos reales y apropiados para verificar que en los centros de acondicionamiento físico se están cumpliendo las normas que exige el manual para la habilitación de estos negocios. Porque el nivel educativo de una cantidad importante de instructores no cumple con lo mínimo pedido por ley y esto pone en riesgo la salud de las personas que asisten a estos lugares.

- Para futuras investigaciones sobre estilos de vida en profesionales de la salud y que se utilice el mismo cuestionario que se utilizó para este estudio que se llama “Prácticas y creencias de estilo de vida” sería interesante ver los resultados sin utilizar la sub escala de

creencias, debido a que las personas que trabajan en el área de salud tienen conocimiento teórico sobre los hábitos saludables y por ello, las puntuaciones en esa sub escala van a ser bastante altas, y aunque a la hora de la práctica no tengan hábitos tan saludables, la suma de todos los puntos obtenidos los puede clasificar en estilos de vida saludable.

BIBLIOGRAFIA

- Acosta, M., y Gómez, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 9-21. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=325700>
- Aguado, F., y Lloréns F. (2000). Una evaluación del impacto de las características del puesto de trabajo sobre la satisfacción, motivación y compromiso de los empleados. *Revista de dirección y economía de la empresa*. 9 (2), 131-140. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=498017>
- Abala, C., Olivares, S., Salinitas, J., Vio, F. (2004). *Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud*. Santiago: Andros Impresores.
- Albert, D., y Steinberg, L. (2011). Judgment and decision making in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 21 (1), 211-224. doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00724.x
- Alvarado J.L., y Garrido, A. (2003). *Psicología social. Perspectivas psicológicas y sociológicas*. Madrid: McGraw Hill.
- Amigo, I., Fernández, C., y Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. (2005). Creencias relacionadas con estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*, 13(1), 19-36. Obtenidos desde: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1214443>
- Arrivillaga, M., Salazar, I., y Gómez, I. (2002). *Prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida de jóvenes y adultos*. Documento de Trabajo. Cali, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

- Arrivillaga, M., Salazar, I., y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34(4), 186-95. Obtenido desde: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/viewArticle/273>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi.org/10.1037/0033-295x.84.2.191
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thoughts and actions*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147. doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. En V.S Ramachandran. *Encyclopedia of human behavior volumen 4*, (pp71-81). Michigan: Academic Press.
- Bolaños, A., León, K., Chinchilla, S., Rivera, N., y Tucker, H. (2007). *Aproximaciones a los procesos psicosociales que participan en la configuración de los estilos de vida saludables, desde una perspectiva de casos*. Trabajo final no publicado de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional. Costa Rica.
- Brannon, L., y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: International Thomson Editores.
- Brenes, D., y Esquivel, R. (2013). *Estudio de los factores relacionados con el estilo de vida de estudiantes universitarios, que interfieren en su condición de salud, del Recinto de Paraíso de la Universidad de Costa Rica*. (Tesis sin publicar de licenciatura en enfermería). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

- Buckworth, J., Dishman, R., O'Connor, P., Tomporowski, P. (2013). *Exercise Psychology*. Segunda edición. United State: Human Kinetics.
- Cambronero, P. (2011). *Estrategias de afrontamiento, burnout y niveles de actividad física en educadores físicos de Costa Rica*. Tesis no publicada de Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano). Universidad Nacional, Costa Rica.
- Castañeda, H. (2009). *Nuevas tendencias en entrenamiento personal*. Barcelona: Paidotribo.
- Chulvi-Medrano, I., Pomar-Puig, R., Heredia-Elvar, J., y Colado, J. (2007). Entrenamiento físico personalizado en la mejora de la salud y el rendimiento deportivo. *efdeportes revista digital*, 12(112). Obtenido desde: <http://www.efdeportes.com/efd112/el-entrenamiento-fisico-personalizado.htm>
- Coburn, J. y Malek, M. (2014). *Manual National Strength and Conditioning Association Fundamentos del entrenamiento personal*. segunda edición. España: Paidotribo.
- Corbin, C., Welk, G., Corbin, W., y Welk, K. (2009). *Concepts of fitness and wellness: A comprehensive Lifestyle Approach*. Boston: Mc Graw Hill.
- Cox, R.H. (2002). *Sport Psychology: concepts and applications*. New York: MCGraw Hill.
- Delgado, A. (2010). *Análisis de variables psicosociales involucradas en la participación y no participación de un programa de promoción de estilos de vida saludable en el personal de una organización*. (Tesis no publicada de Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano). Universidad Nacional, Costa Rica.
- Díaz-Llanes, G. (2005). El comportamiento en psicología de la salud. En Hernández-Meléndez E, Grau-Abalo J, (Eds.), *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp 179-99) Mexico: Universidad de Guadalajara.

- Domínguez, L., y Díaz, E. (2006). La Evaluación de los trastornos del sueño. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp.281-297). Madrid: Pirámide
- Elizondo, J. J., Guillén, F., y Aguinaga, I. (2005). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Revista Española de Salud Pública*, 79(5), 559-567. Obtenido desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272005000500006&script=sci_arttext&tln g=pt
- Enciclopedia libre online (2014). *Enciclopediasalud*, obtenido desde: <http://enciclopediasalud.com/categorias/deporte/articulos/wellness-la-integracion-de-la-salud-fisica-psiquica-y-emocional>
- Faigenbaum A, y Myer G. (2010). Resistance training among young athletes: safety, efficacy and injury prevention effects. *British Journal of Sport Medicine*, 44(1) 56-63. doi.org/10.1136/bjism.2009.068098
- Fie, S., Norman, I., y While, A. (2012). The relationship between physicians' and nurses' personal physical activity habits and their health-promotion practice: a systematic review. *Health Education Journal*, 72(1), 102-119. doi.org/10.1177/0017896911430763
- Frank, E. (2004). Physician health and patient care. *Journal of the American Medical Association*, 4(5), 637. doi.10.1001/jama.291.5.637
- Flores, J. (1992). *El comportamiento Humano en las organizaciones*. Lima: Universidad del Pacífico.
- Gaspar,P., Rodriguez, R., Salgado, F., y Franco D. (2012.) Perfil de salud y estilo de vida de los estudiantes de medicina de la Universidad Surcolombiana, Neiva 2010. *Revista*

- Entornos*. 2(25), 245-256. Recuperado de: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=378334e2-1280-4003-a4c1-f4ce455528a7%40sessionmgr4007&vid=1&hid=4210>
- Garita, E. (2006). Motivos de participación y satisfacción en la actividad física, el ejercicio y el deporte. *Revista MHealth*. 3(1). Recuperado de: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/mhealth/article/view/318/266>
- Godínez, J. y Gómez, G. (2012). Familia, escuela y deporte (FEDE), tres áreas en la vida de los estudiantes del estado de Jalisco, México: Análisis de la relación del uso del tiempo de ocio y el uso o abuso de las drogas. *Health and Addiction: salud y drogas*, 12(2), 193-226. Recuperado de: <http://cecaj.jalisco.gob.mx/sites/cecaj.jalisco.gob.mx/files/relaciondearticulospublicadosporcecajhigh.pdf#page=37>
- Gómez, J., Jurado, M., Viana, B., Da Silva, M., y Hernández, A. (2005). Estilos y calidad de vida. *Revista Digital Efdportes*. 10(90). Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>
- González, R., Llapur, R., Díaz, M., Ila, M., Yee, E., Pérez, D. (2015). Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. *Revista cubana de pediatría*, 87(3), Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300003
- Gregory, S. (2014). Lift squat repeat. Crossfit gyms' cultish painiacs love their max-out-anddo-it-again training regimen. Their critics are getting a workout too. *Time*, 183(2), 40-4. Recuperado de: <http://europemc.org/abstract/med/25029778>
- Grier T, Canham-Chervak M, McNulty V, Jones BH. (2013). Extreme conditioning programs and injury risk in a US Army Brigade Combat Team. *US Army Medical Department Journal*, Oct-Dec:36-47.

- Grimaldo, M. (2015). Construcción de un instrumento sobre estilo de vida saludable en estudiantes universitarios. *Revista Psicología*, 9(1), 8-20. Recuperado de: http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/417/295
- Healthy People (2016). *Health-related Quality of Life & Well-Being*. Obtenido 20 agosto 2016 desde: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/health-related-quality-of-life-well-being>
- Heinrich, K., Patel, P., O'Neal, J. y Heinrich B. (2014) High-intensity compared to moderate-intensity training for exercise initiation, enjoyment, adherence, and intentions: an intervention study. *BMC Public Health*, 14:789. doi:10.1186/1471-2458-14-789
- Hernández-Murúa, J., Salazar- Landeros, M., Salazar, C., Gómez-Figueroa, J., Ortiz- Bojórquez, C., De Souza-Teixeira, F., De Paz-Fernández, J. (2015). Influencia del estilo de vida y la funcionalidad sobre la calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana con salud comprometida. *Educación Física y Ciencia*, 17(1), recuperado de: <http://www.efyc.fahce.unlp.edu.ar/article/view/EFyCv17n01a05/>
- Howel, J. y Bulmer, S. (2005). Careers in health and fitness. En S. J. Hoffman (Ed.). *Introduction to kinesiology: studying physical activity* (399-428). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Ignatov, G. (2016). Physical activity and sport in leisure time of students from the Faculty for Preschool and Primary School Education at Sofia University. *Activities in Physical Education and Sport*, 6(1), 29-34. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com.una.idm.oclc.org/ehost/detail/detail?vid=17&sid=5c38b228-7fd1-4a33-ad2b-d44d762a8d7a%40sessionmgr4008&hid=4106&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=117324827&db=s3h>

- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (2015). Obtenido 1 de noviembre 2015 desde: <http://www.iafa.go.cr/investigacion/datos-en-breve/infograficos/101-prevalencia-del-consumo-de-cannabis.html>
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (2015). Obtenido 1 de noviembre, 2015 desde <http://www.iafa.go.cr/investigacion/datos-en-breve/infograficos/100-prevalencia-del-consumo-de-tabaco.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2011). *X Censo Nacional de población y VI de Vivienda I ed.* San José. 50-58. Obtenido 20 setiembre 2014 desde <http://www.inec.go.cr/anda4/index.php/catalog/113/download/713>
- Jiménez, S. y Hernández, J. (2016). Actividad física y otros hábitos de vida de los estudiantes de medicina de la Universidad de Costa Rica. *Pensar en Movimiento: Revista de Ciencias del Ejercicio y la salud*, 14 (1), 1-14. Doi: <http://dx.doi.org/10.15517/pensarmov.v%vi%i.19294>
- Liguori, G., y Schuna, J. (2014). Understanding physical activity and exercise. *American College of Sport Medicine, Resources for the health fitness specialist*. United State: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lima- Serrano, M., Guerra-Martín, M., y Lima-Rodríguez, J. (2015). Estilos de vida y factores asociados a la alimentación y actividad física en adolescentes. *Nutrición Hospitalaria*. 32(6). Doi: <http://dx.doi.org/10.3305%2Fnh.2015.32.6.9831>
- Lobelo, F., y de Quevedo, I. (2014). The evidence in support of physicians and health care providers as physical activity role models. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 20(10), 1-17. Doi: 10.1177/1559827613520120
- López, D y Villalobos, M. (2004). *Determinación y comparación de los factores motivacionales que inciden en la práctica de la gimnasia artística en atletas que comprenden edades*

entre los 13 y 18 años de edad, participantes en el Tercer Campeonato Centroamericano de Gimnasia, 2003. (Tesis no publicada de Licenciatura Ciencias del Deporte) Universidad Nacional, Costa Rica.

Ministerio de Salud (2007). Manual de Normas para la Habilitación de los Centros de Acondicionamiento Físico. Extraído 12 de agosto 2014 desde: http://www.elfinancierocr.com/negocios/decreto_ELFFIL20130511_0001.pdf

Malek, N., Nalbone, D., Berger, D., Coburn, J. (2002). Importance of health science education for personal fitness trainers. *Journal Strenght Conditional Reserch*, 16(1) 19-24. Doi: <https://doi.org/10.1519/00124278-200202000-0004>

Michelini, Y., Acuña I. y Godoy, J.C. (2016). Emociones, toma de decisiones y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Suma Psicología*. 23(1), 42-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.01.001>.

Miquilena, D. (2011). Recreación laboral: Su efecto motivacional en los trabajadores. *Observatorio Laboral Revista Venezolana* 4(8). Obtenido desde: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/faces/revista/lainet/lainetv4n8/art2.pdf>

Miranda, P., y Sirias, L., (2004). *Caracterización de los estilos de vida de las y los profesionales en enfermería del Hospital Clínica Bíblica, marzo del 2004.* (Tesis no publicada de licenciatura en enfermería). Universidad de Costa Rica. Costa Rica.

Monge, V., y Mosquera, V. (1999). *Calidad de vida del educador (a) físico (a) costarricense del área Metropolitana. San José, Costa Rica.* (Tesis no publicada de Licenciatura Ciencias del Deporte). Universidad Nacional, Costa Rica.

Montoya, J. (2007). *Efecto de las fuentes de autoeficacia sobre el rendimiento, el estado anímico y la autoeficacia en una prueba de fuerza en mujeres universitarias* (Tesis no publicada

de Maestría en Ciencias del Movimiento Humano), Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Moscoso, D., Sánchez, R., Martín, M., Pedrajas, N., (2015). Que significa ser activo en una sociedad sedentaria? Paradojas de los estilos de vida el ocio en la juventud española. *EMPIRIA Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 30(30), 77-108. DOI/empiria.30.2015.13886

Ngairé, D. y Maddison, A. (2016). “People don't care as much about their health as they do about their looks”: Personal trainers as intermediaries between an esthetic and health-based discourses of exercise participation and weight management. *International Journal of Sport Exercise Psychology* 14(1) 42-56. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1612197X.2015.1016086>

Nigg, C. (2014). *American Collage of Sport Medicine behavioral aspects of physical activity and exercise*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Norte, A. y Ortiz, R. (2011). Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. *Nutrición Hospitalaria*. 26(2), 330-336. DOI:10.3305/nh.2011.26.2.4630

Oviedo, V. (2012). *Evaluación del síndrome de burnout y su relación con los estilos de vida del personal judicial que labora en los juzgados especializados en violencia domestica de Costa Rica* (Tesis no publicada de Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano). Universidad Nacional, Costa Rica.

Piedra, A. (2013). Manual del entrenamiento personal integral: implementando el coaching al entrenamiento personal para la salud. (Tesis no publicada en Ciencias del Movimiento Humano). Universidad de Costa rica, Costa Rica.

Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. M. (2006). La evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria. En V. E. Caballo (Ed.), Manual para la evaluación clínica de los trastornos

- psicológicos. *Trastornos de la edad adulta e informes psicológico* (pp 211-233). Madrid: Pirámide.
- Potteiger, J. (2014). *American College of Sport Medicine's introduction to exercise science, second edition*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramírez- Hoffman, H. (2002). Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Revista Colombia Médica*, 33(1), 3-5. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/1807/3602>
- Reguera-Torres, M., Sotelo-Cruz, N., Barraza-Bustamente, A. y Cortez-Laurean, M. (2015). Estilo de vida y factores de riesgo en estudiantes de la universidad de Sonora: Un estudio Exploratorio. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*. 32(2) 63-69. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinson/bis-2015/bis152b.pdf>
- Robbins, G., Powers, D., y Burgess, S. (2009). *A Wellness Way of Life*. Eighth Edition. EE.UU: Mc Graw Hill.
- Rojas, C. (2013). *Adaptación transcultural de un instrumento sobre estilos de vida saludable en adolescentes de III ciclo del colegio de Santa Ana* (Tesis no publicada de Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano). Universidad Nacional, Costa Rica.
- Rodriguez-Marin, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Rugama, M. (2014). *Prevalencia del síndrome de desgaste profesional su relación con estilos de vida y composición corporal en funcionarios del área de salud de Barranca, Puntaremas*. (Tesis no publicada de Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano). Universidad Nacional, Costa Rica.

- Salazar, I., Arrivillaga, M. (2004). El consumo del alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, 13(1), 74-89. Obtenido desde: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3246386>
- Sanabria-Ferrand, P., González, P., y Urrego, D. (2007). Estilo de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista MED*, 15(2), 207-217. Obtenido desde: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562007000200008
- Sánchez, J. (2006). Definición y Clasificación de Actividad Física y Salud. *PubliCE Standard*. Extraído 25 julio, 2014, desde: <http://g-se.com/es/salud-y-fitness/articulos/definicion-y-clasificacion-de-actividad-fisica-y-salud-704>
- Sandoval, I., Pernudi, V., Solórzano, M., Segura, G. y Bustos, A. (2006). Percepción de la ciudadanía costarricense sobre estilos de vida y servicios de salud. (Agosto) IDESPO, Cod. OPS 48 1006 Pulso 48. Heredia: Instituto de Estudios Sociales en Población, Universidad Nacional. En línea. Disponible en: <http://www.una.ac.cr/idespo/pdf/ops40.pdf>
- Soto, L., Salazar, I., Varela, M., Tamayo, J., Rubio, A., y Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 71-88. Obtenido desde: <http://revistas.javerianacali.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/articloe/view/106>
- Spear, L. (2015). Adolescent alcohol exposure: Are there separable vulnerable periods within adolescence? *Physiology & Behavior*, 148, 122-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.01.027>
- Sterling Gibbons, R. (2015). *Influencia de factores sociodemográficos, cognitivos conductuales y emocionales en los hábitos de vida saludable de estudiantes de Psicología de la*

- Universidad de Costa Rica*. (Tesis no publicada de licenciatura de Psicología)
Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Thomas, J., Nelson, J., y Silverman, S. (2015) *Research methods in physical Activity*-7th Edition. United State: Human Kinetics.
- Trejo, P., Pérez, I., Morales, D., García, J., Rodríguez, F., Araujo, R. (2015). Prácticas y creencias sobre estilos de vida asociada al índice de masa corporal en enfermeros. *Revista Cultura del Cuidado*, 12(2). 31-42.
- Umaña, A. (2005). *Relación entre los estilos de vida y condición de salud de las y los profesionales en enfermería del Hospital de Guápiles durante el año 2005*. (Tesis no publicada de licenciatura en enfermería) Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Vallerand, R., Donahue, E., Lafrenière. M. (2012). Intrinsic and extrinsic motivation in sport and exercise. En Tenenbaum, G., Eklund, R., Kamata, A. (Eds), *Measurement in sport and exercise psychology*. United State: Human Kinetics.
- Varela, M., Salazar, I., Cáceres, D., y Tovar, J. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 31-45. Obtenido desde: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/70>
- Waryasz, G., Daniels, A., Gil, J., Suric, V. y Ebersson, C. (2016) Personal trainer demographics, current practice trends and common trainee injuries. *Orthopedic Reviews* 8(3), 6600. doi: 10.4081/or.2016.6600
- Williams, M., Anderson, D., Rawson, E. (2015). *Nutrición para la salud, la condición física y el deporte segunda edición*. Barcelona: Paidotribo.
- World Health Organization. (2016). *Adolescents: health risks and solutions*. Extraído el 20 agosto 2016, desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>

World Health Organization.(2005). *Public Health caused by harmful use of alcohol*. Extraído el 1 dic, 2014, desde: <http://www.who.int/nmh/a5818/en/>

Zhu, D., Norman, I. y While, A. (2011). The relationship between doctors' and nurses' own weight status and their weight management practices: a systematic review. *Obesity Reviews* 12(6), 459-469. Doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00821.x

ANEXO
CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA
M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002)

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable. Marque con una «x» la casilla que mejor describa su comportamiento, o rellene los espacios con la información solicitada. Conteste sinceramente.

No existen respuestas ni buenas ni malas.

DATOS PSICOSOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: Masculino ____ Femenino ____

Edad:

Nivel Educativo:

Aprobó el bachiller enseñanza media (Colegio): si ____ no ____

Tiene:

Bachiller universitario, indique cuál(es) _____

Licenciatura universitaria, indique cuál(es) _____

Maestría o Doctorado, indique cuál(es) _____

Si no tiene ninguna de las anteriores, ¿está estudiando actualmente? indique cuál(es) carrera(as): _____

Si posee títulos o certificaciones **nacionales** en salud o entrenamiento deportivo, que no sean propias de una carrera universitaria, indicarlas y mencionar institución que se la brindó: _____

Si posee certificaciones **internacionales** en salud o entrenamiento deportivo, que no sean propias de una carrera universitaria, indicarlas y mencionar institución que se la brindó: _____

Puesto(s): Director de Programas ____ Instructor ____ Entrenador Personal ____

Cuantos trabajos tiene en su rol de entrenador: _____

Cantidad de horas de trabajo por día: 1-4 ____ 5-8 ____ 9-12 ____ 13 o más ____

Indicar cuantos lugares trabaja: 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____ 10 o más ____

Grado de satisfacción con su trabajo (escala de 1 a 10) 1 equivale a nada satisfecho y 10 a completamente satisfecho _____

Salario mensual como Instructor: menos de 500 mil colones ____ 500 mil a 999 mil colones ____ 1 a 1,9 millones colones ____ 2 a 2.9 millones colones ____ 3 millones de colones o más ____

Grado de satisfacción con su salario (escala de 1 a 10) 1 equivale a nada satisfecho y 10 a completamente satisfecho _____

Si tiene algún ingreso extra de otra actividad que no tenga ninguna relación con sus funciones como entrenador, por favor indicar monto aproximado _____

PRACTICAS	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE				
1 Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
2 Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
3 Mantiene el peso corporal estable				
4 Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco(spining, cardio-box, aeróbicos, aero-rumba)				
5 Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichi, kun fu, yoga, danza, meditación, relajación autodirigida)				
6 Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				
RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE				
7 Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar en bicicleta)				
8 Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				
9 Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre				
10 En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear)				
11 Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales				
AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO				
12 Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
13 Va al médico por lo menos una vez al año				
14 Cuando se expone al sol, usa protectores solares				
15 Evita las exposiciones prolongadas al sol				
16 Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
17 Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
18 Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año				
19 Se automedica y/o acude al farmaceuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales				
20 Consume medicinas sin prescripción médica (anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos)				
21 Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos				
22 PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
23 PARA MUJERES: Se toma la citología anualmente				
24 PARA HOMBRES : Se examina los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
25 PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				
26 Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, bucea, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
27 Maneja bajo efectos de licor u otras drogas				
28 Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor u otras drogas				
29 Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor				
30 Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad				
31 Atiende las señales de seguridad del gimnasio (no pasar cuando esta mojado piso, colocar pesos e instrumentos en su lugar, no tirar				

discos ni mancuernas al suelo.				
32 Toma las medidas preventivas (cargar pesos con técnica correcta, usar ropa adecuada, revisar máquina que va utilizar el cliente se encuentre en buen estado, etc.) relacionadas con su trabajo				
HÁBITOS ALIMENTICIOS				
33 Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				
34 Añade sal a las comidas en la mesa?				
35 Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
36 Consume más de cuatro gaseosas en la semana?				
37 Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?				
38 Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?				
39 Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
40 Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
41 Pica snacks de mala calidad entre comidas?				
42 Come carne más de cuatro veces a la semana?				
43 Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?				
44 Consume productos ahumados?				
45 Mantiene un horario regular en las comidas?				
46 Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?				
47 Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
48 Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservativos)?				
49 Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente)?				
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS				
50 PARA FUMADORES: Fuma cigarrillo o tabaco?				
51 PARA FUMADORES: Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana?				
52 PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia?				
53 Consume licor al menos dos veces en la semana?				
54 Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?				
55 Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?				
56 Consume drogas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, achis, entre otras)?				
57 Dice «no» a todo tipo de droga?				
58 Consume más de dos tazas de café al día?				
59 Consume más de tres coca-colas en la semana?				
SUEÑO				
60 Duerme al menos 7 horas diarias?				
61 Trasnocha?				
62 Duerme bien y se levanta descansado?				
63 Le cuesta trabajo quedarse dormido?				
64 Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				

65 Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?				
66 Hace siesta?				
67 Se mantiene con sueño durante el día?				
68 Utiliza pastillas para dormir?				
69 Respetar sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades (ej. No se trasnocha previamente a un día que trabajará muy temprano en la mañana)?				
CREENCIAS	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE				
70 La actividad física ayuda a mejorar la salud				
71 Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades				
72 El ejercicio siempre puede esperar				
73 Con el ejercicio mejora el estado de ánimo				
74 Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud				
RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE				
75 Es importante compartir actividades de recreación con la familia y los amigos				
76 El trabajo es lo más importante en la vida				
77 La recreación es para los que no tienen mucho trabajo				
78 El descanso es importante para la salud				
AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO				
79 Cada persona es responsable de su salud				
80 Es mejor prevenir que curar				
81 Solo cuando se está enfermo, se debe ir al médico				
82 Los factores ambientales (el sol, la contaminación, el ruido) influyen en la salud				
83 El estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento				
84 Tener buena salud es asunto de la suerte o del destino				
85 La relajación no sirve para nada				
86 Es difícil cambiar comportamientos no saludables				
87 Es importante que le caiga bien el médico para que el tratamiento funcione				
88 Los productos naturales no causan daño al organismo				
89 En tramos cortos no es necesario el cinturón de seguridad				
90 Por más cuidado que se tenga, de algo se va a morir uno				
91 En la vida hay que probarlo todo para morir contento				
HÁBITOS ALIMENTICIOS				
92 Entre más flaco más sano				
93 Lo más importante es la fibra				
94 Comer cerdo es dañino para la salud				
95 Entre más grasosita la comida más sabrosa				
96 El agua es importante para la salud				
97 Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo				
98 Las dietas son lo mejor para bajar de peso				
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS				
99 Dejar de fumar es cuestión de voluntad				
100 Consumir uno o dos cigarrillos al día NO es dañino para la salud				

101 Al consumir licor logra estados de mayor sociabilidad				
102 Un traguito de vez en cuando no le hace daño a nadie				
103 Tomar trago es menos dañino que consumir drogas				
104 El licor es dañino para la salud				
105 Una borrachera de vez en cuando no le hace mal a nadie				
106 Se disfruta más una rumba si se consume licor o drogas				
107 Nada como una coca-cola con hielo para quitar la sed				
108 El café le permite a la gente estar despierta				
109 Hay que tomar una copita de vino para que funcione bien el organismo				
SUEÑO				
110 Dormir bien, alarga la vida				
111 La siesta es necesaria para continuar la actividad diaria				
112 Si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien				
113 Sólo puede dormir bien en su propia cama				
114 Sólo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas (ventilacion, luz, temperatura)				
115 Si toma café o coca-cola después de las 6 p.m. no puede dormir				
116 Dormir mucho da anemia				