

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CALIDAD DE VIDA DEL TRABAJADOR ADMINISTRATIVO DE LA
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL
DE ACTIVIDAD FÍSICA, EL SOBREPESO Y OBESIDAD.

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la
Comisión del Programa de estudios de Posgrado en Salud Pública para optar
al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con énfasis en
Gerencia de la Salud

JEANCARLO CÓRDOBA NAVARRETE

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica
2015

Dedicatoria

Este esfuerzo reflejado en un documento se lo quiero dedicar a todas las personas que han depositado su confianza en mí, en mi desarrollo profesional y en la posibilidad de ser un profesional dedicado al campo de la salud pública.

Además a todos aquellos que sueñan con el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones desde la perspectiva de la salud como un derecho. A las personas que entienden la importancia de la gestión de la salud del recurso humano y el peso que tienen los funcionarios administrativos en la Universidad de Costa Rica.

Agradecimientos

Quiero agradecer formalmente a:

La Dra. Ileana Vargas Umaña que en algún momento de su vida, y quizá sin darse cuenta me “embarcó” en la salud pública y vio en mí un potencial salubrista, a ella debo gran parte de mi desarrollo profesional y como persona.

Al INCAP-CIIPEC que me dio la oportunidad de ser becado por su programa dando el mayor impulso para poder contar con la culminación de un proceso de vida y que me abrió las puertas al desarrollo investigativo. A mi comité asesor: M.sc. Mayra Cartín, Ph.d. Manuel Ramírez y M.sc. Gerardo Araya por sus consejos, su aliento, su dirección y sobretodo bondad por compartir parte de sus conocimientos conmigo. De igual forma a Mónica Domínguez la cual estuvo siempre presente en el desarrollo administrativo de mi trabajo final de graduación.

Mis compañeros íntimos del programa de posgrado Karina, Katherine, Giancarlo, y Catalina, los cuales hicieron de mi experiencia de maestría una vivencia enriquecedora a nivel académico pero valiosa a nivel personal, redescubriéndome como persona.

Mi madre, Lupe Navarrete Fonseca la cual ha sido mi motor y todos los días me demuestra su valor y valentía, y por su puesto a Luis Carlos Córdoba Quirós (Q.d.D.g) el cual me sirvió de ejemplo de superación y empeño para hoy ser lo que soy.

A Dunia Masis, compañera y baluarte del posgrado que ha permitido durante mucho tiempo con su trabajo silencioso que muchos estudiantes del posgrado seamos lo que somos.

Al cuerpo docente del posgrado que brindó su gran talento al desarrollo de mi conocimiento, al igual que a las dos direcciones de posgrado, representados en la gestión de doña Mayra y Juan Carazo.

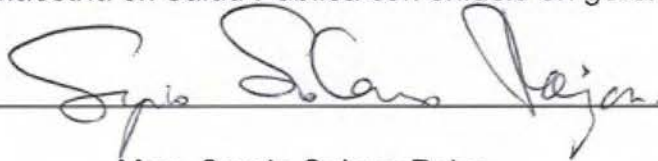
Viviana Mora Vargas, que ha soportado mi proceso, y peor aún, a mí, durante este proceso tan duro y definitivo en mi vida, siempre con mucho amor y apoyo.

Los funcionarios administrativos que hicieron posible este trabajo, los cuales se mostraron interesados en mejorar las condiciones de calidad de vida propia y de los demás.


Al equipo de trabajo que me acompañó durante el proceso, Ana Patricia, Mónica, Laura, Juan Ramón y Francis.

A todas y cada una de las personas que han preguntado ¿Cuándo se gradúa? ¿Cuándo termina su tesis? ¿Cuándo termina su maestría? Ya que con su preocupación han sido fuente de impulso para culminar procesos que pueden ser interminables.

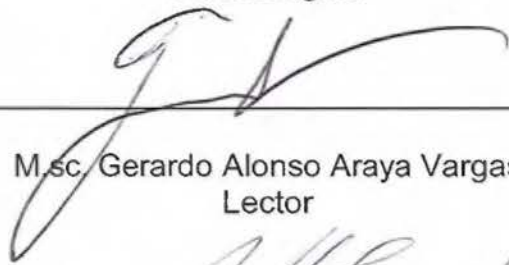
“Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría en Salud Pública con énfasis en gerencia de la salud”



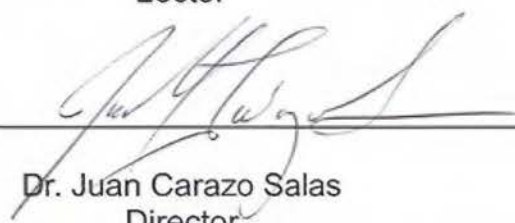
M.sc. Sergio Solano Rojas
Representante de la Decana
Sistema de Estudios de Posgrado




M.sc. Mayra Cartín Brenes
Profesor guía



M.sc. Gerardo Alonso Araya Vargas
Lector



Dr. Juan Carazo Salas
Director
Programa de Posgrado en Maestría en Salud Pública



Jeancarlo Córdoba Navarrete
Sustentante

Tabla de contenido

Capítulo I Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Objetivos	7
1.3 Justificación	8
Capítulo II Marco Teórico	11
Capítulo III Marco Metodológico	27
Capítulo IV Análisis de los Resultados	44
Capítulo V Discusión	70
Capítulo VI Conclusiones y Recomendaciones	80
Bibliografía	85
Anexos	91

Lista de tablas y diagramas

Tabla 1: Conceptos de calidad de vida según diversos autores.....	15
Tabla 2: Niveles de actividad física según la Guía Americana de Actividad Física	21
Tabla 3: Niveles de actividad física según el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ).....	23
Tabla 4: Niveles de actividad física basado en las recomendaciones mundiales de la Organización Mundial de la Salud.....	22
Tabla 5: Clasificación de la obesidad según la distribución del tejido adiposo	25
Tabla 6: Puntajes brutos del WHOQoL BREF, 1997.....	38
Tabla 7: Resumen de metodología según objetivos, técnica, variables de análisis e instrumentos.....	42
Tabla 8: Valores promedio de características sociodemográficas según el ámbito de calidad de vida de la población.....	55
Tabla 9: Proporción de sujetos con sobrepeso y obesidad según características sociodemográficas.....	57
Tabla 10: Presencia de obesidad abdominal basada en la circunferencia de cintura (Cc) según características sociodemográficas en mujeres.....	61
Tabla 11: Presencia de obesidad abdominal basada en la circunferencia de cintura (Cc) según características sociodemográficas en hombres.....	62
Tabla 12: Porcentajes de la presencia de obesidad abdominal basada en la circunferencia de cintura (Cc) relacionada con el índice de masa corporal (IMC) según sexo.....	64
Tabla 13: Cuadro resumen del nivel de actividad física de intensidad moderada a fuerte según variables sociodemográficas	64
Tabla 14: Cuadro resumen de los ámbitos de calidad de vida según índice de masa corporal y nivel de actividad física.	65
Tabla 15: Cuadro resumen del puntaje de los ámbitos de calidad de vida según la presencia o ausencia de obesidad abdominal en hombre y mujeres.	67
Tabla 16: Cuadro resumen del puntaje de los ámbitos de calidad de vida según la presencia o ausencia de obesidad abdominal en hombre y mujeres.	68
Tabla 17: Cuadro resumen del nivel de actividad física según el índice de masa corporal.....	69
Tabla 18: Tabla resumen de estudios de calidad de vida.....	71

Lista de figuras

Figura 1: Diagrama de flujo de la población participante del estudio	32
--	----

Lista de gráficos

Gráfico 1: Distribución Porcentual por sexo de la población de estudio	45
Gráfico 2: Edad en años cumplidos de la población de estudio	46
Gráfico 3: Población de estudio según su tipo de nombramiento	46
Gráfico 4: Distribución porcentual según las clases ocupacionales de la población de estudio	47
Gráfico 5: Tipo de transporte que se utiliza para viajar al trabajo	48
Gráfico 6: Porcentaje de participación en un programa de actividad física	48
Gráfico 7: Principales actividades físicas reportadas	49
Gráfico 8: Razones para no realizar actividad física según porcentaje	52
Gráfico 9: Asociación entre la edad y el índice de masa corporal	59
Gráfico 10: Asociación entre la cantidad de años laborados y el índice de masa corporal	60
Gráfico 11: Puntaje de la calidad de vida según el nivel de actividad física	65
Gráfico 12: Puntaje de la calidad de vida según el índice de masa corporal	65

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema.

El presente estudio surge de la necesidad de conocer sobre la calidad de vida en trabajadores administrativos de las facultades, decanatos y escuelas de la Universidad de Costa Rica en la sede Rodrigo Facio. Además, cómo dicha calidad de vida puede verse relacionada con factores como la prevalencia de sobrepeso y obesidad y el nivel de actividad física de estas personas. En respuesta a esa necesidad se pretende que, con el conocimiento adquirido, se pueda generar la evidencia políticamente relevante. Del mismo modo, que esta sirva de base para la toma de decisiones institucionales que promuevan el mejoramiento de los servicios ofrecidos a toda comunidad y especialmente a los trabajadores administrativos de la Universidad.

Igualmente se plantea la propuesta de utilizar la información encontrada y dar un paso para la toma de conciencia colectiva sobre la importancia del mejoramiento de la salud. Siendo en este caso un instrumento de abogacía para personas que poseen características laborales similares, ya sea en otras instituciones académicas, de gobierno, organizaciones no gubernamentales o entidades del sector privado.

Al hablar acerca de sobrepeso y obesidad, se debe conocer que a nivel internacional según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) desde el año 1980, la obesidad se ha más que duplicado en todo el mundo. Sólo en el año 2008, 1400 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso, en ese mismo grupo más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres presentaban obesidad. En porcentaje del año 2008, el 35% de las personas adultas de 20 o más años tenían sobrepeso, y el 11% eran obesas, sorprendiendo de sobremanera al ser el sobrepeso y la obesidad completamente prevenibles (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Los valores para Costa Rica en esa época demostraban que el 59,7% de las mujeres entre 20 y 44 años tenían sobrepeso y obesidad, mientras que para las mujeres entre 45 y 64 años el sobrepeso y obesidad era de 77,3%. En el caso de los

hombres en el año 2008 presentaban un 62.4% de sobrepeso y obesidad para las edades comprendidas entre los 20 y los 44 años. (Ministerio de Salud, 2009).

Otro estudio que demuestra lo anterior es el realizado por Marie Ng y colaboradores llamado "*Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*". En él, se reportaron las estimaciones de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad tanto para hombres como para mujeres por separado, y también dividido por 17 grupos de edad a partir de la edad de 2-4 años hasta ≥ 80 años.

Estas estimaciones se reportaron desde 188 países y 21 regiones según el estado de desarrollo (desarrollado o en desarrollo) como se define en el estudio de carga mundial de las enfermedades (GBD por sus siglas en inglés) realizado por Murray CJ en el año 2012. (Ng, y otros, 2014)

Como resultados del estudio se encontró que a nivel mundial, la prevalencia de sobrepeso y obesidad combinada aumentó en un 27,5% para los adultos y el 47,1% para los niños entre 1980 y 2013. El número de individuos con sobrepeso y obesidad aumentó de 857 millones en 1980, a 2,1 billones en 2013. (Ng, y otros, 2014). También se pudo determinar que a nivel mundial, la proporción de hombres que estaban con sobrepeso aumentó de 28,8% en 1980, al 36,9% en 2013, y la proporción de mujeres que tenían sobrepeso aumentó de 29,8% al 38,0% durante el mismo período. (Ng, y otros, 2014)

Es importante rescatar que los aumentos se registraron en los países desarrollados y en desarrollo, pero con diferentes patrones entre hombres y mujeres. En los países desarrollados, más hombres que mujeres con sobrepeso y obesidad, mientras que en los países en desarrollo, el sobrepeso y la obesidad fue más frecuente en mujeres que en hombres, y esta asociación persistió en el tiempo. (Ng, y otros, 2014)

Los valores para Costa Rica en el año 2011 según la O.M.S. son 58.3% y 23.7% de prevalencia de sobre peso y obesidad respectivamente (Organización Mundial de la Salud, 2011). Mientras que el estudio de Ng muestra que para el 2013 Costa Rica presenta un 55,2% de sobrepeso y un 15,4% de obesidad en hombres ≥ 20 años. En el caso de las mujeres ≥ 20 años se reporta un 66,5% de prevalencia de sobrepeso y obesidad donde 28,8% únicamente corresponde a obesidad. Comparando dichas cifras con otros países de la región del centro de américa sólo El Salvador y México superan las cifras de las mujeres, y a su vez únicamente México supera los datos de los hombres. (Ng, y otros, 2014)

Esta realidad que nos muestran las cifras anteriores, ha provocado una posición en común por la mayoría de organizaciones internacionales, y esta es, que las acciones que se deben de tomar deben ser enfocadas en reducir esas cifras alarmantes que se presentan a nivel mundial.

Un aspecto a destacar es la relación que podría existir entre la condición de estas personas y el tipo de trabajo que realizan, esto debido a que el lugar de trabajo es un espacio donde al menos el trabajador se encuentra 8 horas al día. Sin embargo, no solo es el hecho de pasar tanto tiempo durante varios días a la semana en su lugar de trabajo, sino, la exposición a muchos factores que podrían influir en la condición general de cada trabajador.

En ese aspecto Guerrero y colaboradores en el año 2006, mencionan que el ambiente laboral es el sitio donde el trabajador realiza su actividad, eso significa relacionarse con su objeto de trabajo, con los instrumentos de producción, con el puesto de trabajo, con la zona donde se desempeña, con la zona respiratoria y con los elementos del medio físico o natural que intervienen en el proceso productivo, entre los que se encuentran los factores de riesgo nocivos y peligrosos, que pueden alterar su salud y producir enfermedades relacionadas con su trabajo. (Guerrero, 2006).

En ese aspecto, entidades como las universidades no escapan a esta realidad, ya que al contar con trabajadores administrativos que apoyen las actividades de

docencia, investigación y acción social que desarrollan estos centros educativos también sufren el desarrollo de las enfermedades relacionadas con la ocupación de las personas, como lo podrían ser las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

Ahora bien, se entiende que el sobrepeso y obesidad son condiciones multifactoriales. Estas principalmente se generan como resultado de un exceso en la ingesta calórica y/o una deficiente cantidad de actividades físicas que promuevan ese gasto calórico. Esto se demuestra basándose en estudios como el realizado por Walter Hernández en el año 2000. El estudio llamado "Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población obrera industrial de la provincia de Cartago", encontró que la obesidad y el sedentarismo eran los factores de riesgo con más prevalencia. En él se encontró que 87.23% eran sedentarios y el 53.19% presentaron obesidad, demostrando la necesidad de entender esa interacción entre estos factores en la población trabajadora. (Hernández Montoya, Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población obrera industrial de la provincia de Cartago, 2000)

Así mismo, el estudio llamado "*Iniciativa CARMEN Costa Rica, cinco años de intervención comunitaria en enfermedad cardiovascular*" en el año 2011 reclutó, según los datos de vigilancia epidemiológica, una muestra de 1646 personas en el cantón central de la provincia de Cartago. Estos presentaron un valor de 69.3% para el sedentarismo y un 59.4% para la obesidad, repitiendo la tendencia mostrada con anterioridad en el estudio realizado en trabajadores de la misma zona en el año 2000. De igual forma, a pesar de ser una población extendida comparada con el estudio anterior, muestra similitudes en los resultados. (Hernández Montoya, *Iniciativa CARMEN cinco años de intervención comunitaria en enfermedad cardiovascular*, 2011).

Por otra parte, tanto el sobrepeso y la obesidad como el sedentarismo son condiciones que tienen una relación estrecha, sin embargo podrían estar tendiendo algún tipo de influencia más allá del aspecto meramente físico en las poblaciones. Es

allí cuando el entendimiento de la calidad de vida entra a jugar un papel importante en el desarrollo del conocimiento.

En el año 2006 Gönül Dinç y colaboradores encontraron que los sujetos que tenían un índice de masa corporal (I.M.C) mayor del normal, tenían un puntaje significativamente menor en la calidad de vida. Esto fue comparado con las personas que tenían un IMC normal en todos los dominios de la calidad de vida excepto en el ambiental. Concluyendo que el sobrepeso u obesidad sí afectan negativamente la calidad de vida de las personas. (Dinç, y otros, 2006).

De la misma forma en Taiwán en el año 2011 se estudió a 67 participantes con un IMC ≥ 27 y más de un criterio de síndrome metabólico, que se sometieron a una intervención de 3 meses para bajar de peso mediante el control de la dieta y el ejercicio regular. Se realizaron mediciones antropométricas y análisis de sangre, y administró la versión taiwanesa del cuestionario de calidad de vida de la O.M.S. (WHOQoL-BREF) para evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) antes y después de la intervención de pérdida de peso mediante el uso del instrumento WHOQoL-BREF. Como resultados se encontró que los sujetos del estudio tenían menores puntuaciones en los ámbitos físico y psicológico comparados con un grupo control de personas sanas al inicio del estudio. Como conclusión se destaca que la obesidad puede causar alteración en la CVRS, sin embargo esta puede mejorar a través de la intervención del I.M.C. al encontrar una mejoría significativa en los cuatro dominios del cuestionario entre el pre-test y el post-test (Pan , Beatriz M., & Geliebterb, The benefits of body weight loss on health-related quality of life, 2011)

Tomando como parámetros los datos anteriormente mostrados, este estudio se enfocó en analizar, mediante el uso de los diferentes indicadores de actividad física y sobrepeso u obesidad, cuál es la relación que tienen estos componentes con los resultados del instrumento de calidad de vida en los trabajadores administrativos. La pregunta que guio esta investigación fue: ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida,

la obesidad y nivel de actividad física del trabajador administrativo de las facultades, decanatos y escuelas de la Universidad de Costa Rica sede Rodrigo Facio?

Además de ello, se planteó la hipótesis de investigación de la siguiente forma:

Existe relación entre la calidad de vida, la obesidad y el nivel de actividad física en el trabajador administrativo de las facultades, decanatos y escuelas de la Universidad de Costa Rica sede Rodrigo Facio

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Analizar la calidad de vida del trabajador administrativo de las facultades, decanatos y escuelas que laboran en la sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica y su relación con el nivel de actividad física, el sobrepeso y obesidad.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar la calidad de vida de la población de estudio mediante el instrumento WHOQoL-Bref.
- Definir la prevalencia de sobrepeso y obesidad según el índice de masa corporal y la acumulación de grasa abdominal a través de la circunferencia de cintura (CC) de la población.
- Clasificar a la población estudiada según el nivel de actividad física obtenido mediante el Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ).
- Asociar la calidad de vida con el nivel de actividad física, la prevalencia de sobrepeso y obesidad y la acumulación de grasa abdominal en la población de estudio.

- Explorar la influencia del uso de infraestructura y programas en movimiento humano ofrecidos por parte Universidad de Costa Rica en la calidad de vida del trabajador administrativo.

1.3 Justificación

El trabajador administrativo es la persona que dentro de su cargo ejerce funciones complementarias a las actividades de docencia, de investigación y de acción social de la Universidad de Costa Rica. El apoyo que esta labor brinda es indispensable para el desarrollo adecuado de la institución.

Es por ello que cada uno de esos trabajadores universitarios dentro del engranaje institucional empieza a jugar un rol importante, y la necesidad de que se encuentre en las mejores condiciones físicas y mentales para la ejecución de sus labores diarias es de vital importancia para la Universidad.

Esta importancia ha sido reconocida desde el ámbito de las políticas públicas en diferentes documentos, como lo es, el código de trabajo de la República de Costa Rica donde se mencionan 15 artículos relacionados con la salud ocupacional. Otro ejemplo es la política oficial sobre actividad física en Costa Rica llamada "*Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021*". Esta menciona que se debe promover el acceso a programas de actividad física, deporte y recreación, esto con el fin de brindar oportunidades a todas las personas, y a su vez contribuir a mejorar su calidad de vida. En el caso de la población trabajadora, debe de ser mediante la inclusión de la actividad física en la jornada laboral de las instituciones públicas y privadas, pero debe estar condicionada al tipo de trabajo que se realiza (por ejemplo: pausas activas). (Ministerio de Salud-Ministerio del Deporte y Recreación, 2011).

De igual manera, en el ámbito investigativo Alemán y Salazar en el año 2006 realizaron un estudio con 84 funcionarios universitarios pertenecientes al Programa de Atención Integral en Salud convenio UCR-CCSS (P.A.I.S.). A ellos se les midió el IMC, la circunferencia de la cintura y la cantidad de actividad física que realizaban por

semana por medio del cuestionario de actividades físicas de Paffenbarger. Se encontró que un 23% del total de la muestra presentó sobrepeso y un 14% obesidad, con un promedio de edad de la población de 30.6 años, demostrando que a pesar de ser una población considerada adulta joven ya mostraban porcentajes muy altos en factores de riesgo para su salud. (Alemán & Salazar, 2006).

Igualmente estos datos permiten conocer la necesidad de producir un mayor conocimiento con otra parte de la población universitaria que guarde ciertas características similares como bien lo son los trabajadores administrativos de facultades, decanatos y escuelas.

Asimismo, es preciso considerar que las instituciones de educación superior como lo es la Universidad de Costa Rica, se han organizado a nivel nacional e internacional alrededor de la iniciativa de promoción de la salud. En este sentido, el movimiento de las Universidades Promotoras de la Salud, propone en uno de sus documentos principales (la carta de Edmonton firmada en el año 2005) que los miembros de este movimiento, deben esforzarse por modelar institucionalmente una cultura promotora de salud y un ambiente sustentable. Con ello se busca facilitar y apoyar a las personas para vivir una vida significativa y optar por estilos de vida saludables. Otros de los compromisos que adquirieron los firmantes fueron mejorar los servicios de salud para funcionarios y estudiantes y estimular a los funcionarios y estudiantes a asumir con responsabilidad acciones a favor de su salud y bienestar (Alberta, 2005). Por ello, este estudio se realizó para responder al compromiso de crear información valiosa para la toma de decisiones y a su vez para el cumplimiento de la iniciativa por parte de la Universidad de Costa Rica u otra institución con características similares.

Este compromiso de promoción de la salud ha sido asumido de buena manera por la Unidad de Promoción de la Salud de la Oficina de Bienestar y Salud (O.B.S.) de la Universidad de Costa Rica. Esta unidad se encarga de participar de múltiples acciones en el ámbito de la salud, buscando la incorporación de nuevos espacios de

educación y atención destinados a favorecer la calidad de vida de toda la población universitaria. Además, coordina talleres de estilos de vida saludables en la población de trabajadores de la universidad (administrativos y docentes) tal y como lo hace el programa de enlaces OBS. Otro ejemplo de dichas acciones es el enlace junto a la Oficina de Servicios Generales en la implementación de circuitos bio-saludables, presentada por Juan Manuel Camacho en el VII Congreso Universitario de la Universidad de Costa Rica (Solano, 2014).

El circuito bio-saludable consiste en estaciones alrededor de la Universidad; estas contienen una cantidad de máquinas para realizar ejercicios físicos. Se trata de máquinas hechas para ser utilizadas en la intemperie, con gran resistencia a condiciones climáticas. (Solano, 2014)

El proyecto inició con una prueba piloto de una estación en el año 2013; sin embargo, para el año 2014 se amplió a 6 estaciones en la sede Rodrigo Facio finca 1. (Marín & Burgos, 2014) Según Solano Camacho, se pretende unir programas de la OBS como los Enlaces para dar a conocer de los circuitos bio-saludables y su correcto uso, por lo que este estudio también puede tener eco en dicha Unidad, permitiendo así el mejoramiento de los servicios que brindan.

Es por ello que se planteó este estudio dentro de la necesidad imperiosa de conocer con mayor profundidad el estado de los trabajadores administrativos, como parte fundamental del quehacer universitario, y por ende del mejoramiento de los programas existentes y las políticas institucionales. Al mismo tiempo, se tiene como norte la abogacía con las personas encargadas en la toma de decisiones de la Universidad de Costa Rica y la creación de un impacto en el conocimiento que se vea reflejado en la realidad diaria de muchas personas.

Capítulo II

Marco teórico

La calidad de vida de los trabajadores administrativos y la relación que puede tener esta con aspectos como la actividad física que realiza la persona, su grado de sobrepeso u obesidad o bien una circunferencia de cintura por fuera de los valores normales son los temas en los cuales gira este estudio. Por ello y para dar un mayor entendimiento del abordaje, este capítulo desarrollará los principales conceptos tomados como eje para el desarrollo de esta investigación.

A. Calidad de vida

El concepto de calidad de vida y su complejidad ha permitido que a lo largo del tiempo se solape con otros conceptos y se dé una indefinición terminológica de este. Así lo menciona Victoria en el 2008 al citar que los conceptos “bienestar”, “nivel de vida”, “satisfacción” y “felicidad” han sido en muchos casos los disfraces de la calidad de vida. (Victoria García-Viniegras, 2008)

Según Robles (2006), este término ha presentado diversas variaciones a lo largo de la historia, siendo conceptualizado primero, como el cuidado de la salud personal, después como la preocupación por la salud e higiene públicas, para extenderse luego a los derechos humanos, laborales y ciudadanos. En seguida se le añadió la capacidad de acceso a los bienes económicos y por último, se le identificó como la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud.

Robles (2006), parafraseando a Levi y Anderson, indica que actualmente la calidad de vida se refiere a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos. En ese mismo sentido María Noelia Somarriva, en su tesis doctoral acerca de la medición de la calidad de vida social e individual, expone que desde los tiempos ancestrales los filósofos griegos trataron de dar respuesta a cuál era la esencia de conceptos como el bienestar y la felicidad y cómo los lograba el hombre. Empero, durante mucho tiempo no se estableció en sí la definición de la

calidad de vida como un objeto de estudio y aparece oculto bajo conceptos como bienestar, felicidad, satisfacción, entre otros. (Somarriva Arechavala, 2008)

De acuerdo a Reymel y Muñoz (citado por Victoria García-Viniegras, 2008) hay antecedentes desde las antiguas culturas como la griega, la romana y la egipcia donde se hacía alusión al concepto en el contexto de la filosofía y la ética, donde se debatía acerca de la calidad de vida en contraposición al sufrimiento, además de que en una dimensión individual se relacionaba con el cuidado de la salud y más tarde con la salud e higiene públicas.

Dentro de las posiciones oficiales de la Organización Mundial de la Salud sobresale la realizada en Ginebra en el año 1966 durante el Foro Mundial de la Salud, donde se menciona que el concepto de calidad de vida corresponde a: "la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses". (Gómez Melgenberg , 2009) Demostrando así que la misma organización con influencia mundial proponía un concepto que aglomeraba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las relaciones con las características sobresalientes del entorno, ubicando al individuo y a la percepción de sus condiciones como la base fundamental.

Otros autores como lo son Minayo, Hartz y Buss aceptan el hecho de la individualidad y su percepción en el concepto de la calidad de vida pero a su vez proponen que existen 3 marcos de referencia que tienen un peso en esa subjetividad individual. Por ejemplo el marco histórico de cada sociedad que tiene parámetros diferentes de calidad de vida en distintos momentos históricos según lo vivido. El marco cultural que influye en un primer momento basado en las tradiciones de cada población y a partir de estas el desarrollo de las necesidades y valores que se van formando para, consecutivamente, tener un peso en la percepción individual. Y por último, la clase social a la que se pertenece, ya que las expectativas que cada individuo

posee tienen una relación con su grupo de pares más cercanos. (Minayo, Hartz, & Buss, 2000)

A su vez Schwartzmann añade que: "El concepto de calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada uno." (Schwartzmann, 2003)

De igual forma Botero y Pico (2007) hablan sobre la conceptualización realizada en el año de 1997 por Felce y Perry donde al unir tres conceptualizaciones pudieron retroalimentar una cuarta dejando el concepto de calidad de vida de esta forma:

1) como la calidad de las condiciones de vida de una persona; 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; 3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta; 4) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. (Botero & Pico, 2007, pág. 15)

Por otro lado las mismas Botero y Pico (2007) destacan la conceptualización de Amartya Sen la cual admite la calidad de vida en términos de actividades que se valoran en sí mismas y en la capacidad de la persona de poder realizar estas actividades. Para él la vida se percibe como un conjunto de 'haceres y seres' o lo que él llama "realizaciones" que son valoradas por sí mismo, es por ello que, el ejercicio dirigido a determinar la calidad de la vida adopta la forma de evaluar esas 'realizaciones' y la 'capacidad para funcionar' con ellas.

Esta propuesta se diferencia de los enfoques basados en el valor o bienestar que otorgarían los bienes materiales que en algunos casos se confunden con medios o fines para el bienestar, en cambio esta visión de la calidad de vida se determinaría en apoyo a las realizaciones y en la capacidad o habilidad de la persona de lograrlos;

en resumen el valor lo tendrían las cosas que la gente valora hacer y ser, más que el tener.

De acuerdo con los razonamientos que se han expuesto, dentro de la literatura también se puede encontrar posiciones acerca de la calidad de vida entendida dentro de la percepción subjetiva, pero en este caso no sólo hacia lo que nos genera bienestar, sino también hacia las limitaciones que producen un decrecimiento de esa percepción; Gómez Melgenberg menciona:

¿Qué es la calidad de vida? La calidad de vida es la percepción que tienen las personas de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización con independencia de su estado de salud, o de las condiciones sociales económicas. (Gómez Melgenberg , 2009)

Otras acepciones al concepto de calidad de vida se pueden resumir en la siguiente tabla:

Tabla #1:
Conceptos de calidad de vida según diversos autores

Autor y año	Concepto
Victoria García Viniegras, 2008	La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye las condiciones materiales de vida, la satisfacción que de ellas se deriva, la situación económica, las oportunidades de empleo. Ésta siempre estará contextualizada en un medio social particular con sus estándares, su nivel de desarrollo tecnológico, sus valores, su sistema sociopolítico en general; definitiva, por el entorno.

Somarriva Arrechavala, 2008	La calidad de vida es el fruto de la compleja interacción de una serie de factores objetivos y subjetivos: los primeros hacen referencia a las condiciones externas de tipo económico, sociopolítico, cultural, ambiental... mientras que los factores subjetivos aluden a la percepción del individuo sobre su propia vida y a la satisfacción que alcanza en los distintos ámbitos de la misma.
Schwartzmann, 2003	Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

Fuente: Elaboración propia tomada de Victoria García Viniégras, 2008, Somarriva Arrechavala, 2008, Schwartzmann, 2003

Al encontrarse en la literatura diferentes perspectivas y variaciones conceptuales en torno a la calidad de vida, este estudio toma como referencia la definición del grupo de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, creadores del instrumento WHOQOL-Bref, también utilizado en esta investigación.

Dicho concepto menciona que:

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un

concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. (WHOQOL Group, 1994)

Tomando como referencia el anterior concepto se pretende que la perspectiva del estudio tome en cuenta la evaluación subjetiva de las personas participantes, unidas a su contexto social, cultural y ambiental.

2.3 Actividad Física

Desde mucho tiempo atrás se han relacionado los hábitos alimentarios y la actividad física a la salud. En 480 A.C., Hipócrates escribió: "Una salud positiva requiere conocimientos sobre la constitución primaria del hombre (genética) y los poderes de diversas comidas, tanto naturales como las producidas por la habilidad humana (alimentos procesados). Pero el sólo comer no es suficiente para la salud. También se debe practicar ejercicio, y adquirir conocimientos acerca de sus efectos. La combinación de estas dos cosas constituye un régimen adecuado cuando se pone debida atención a la estación del año, los cambios de los vientos, la edad del individuo y la situación en el hogar. Si hay alguna deficiencia en la comida o en el ejercicio, el cuerpo se enfermará". (Bray, 2003)

Basándose en estas históricas palabras de Hipócrates, a nivel del tiempo se han realizado diferentes investigaciones acerca de la relación de estos factores, en especial interés para este estudio el de la actividad física, situando hoy mediante evidencia convincente que la práctica regular de esta funciona como un factor protector de la salud, que reduce el riesgo de padecer varias enfermedades crónicas no transmisibles, como la enfermedad coronaria, diabetes mellitus, osteoporosis, hipertensión arterial y cáncer de colon, de acuerdo al reporte de expertos de OMS

Dieta, nutrición y la prevención de enfermedades crónicas publicado en 2003. (Organización Mundial de la Salud, 2003).

De la misma manera, se tiene evidencia convincente que el sedentarismo (factor causal) aumenta el riesgo de padecer las enfermedades mencionadas.

Pero realmente ¿qué es la actividad física? Una de las definiciones encontradas nos dice que es cualquier movimiento del cuerpo producido por contracciones musculares que aumenta el gasto de energía significativamente. (Ramire-Zea, 2011). La O.M.S. también plantea que la actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. (Organización Mundial de la Salud ., 2011)

El gasto de energía o gasto energético es la energía consumida por el organismo en general, que incluye el metabolismo basal, la digestión de los alimentos y la actividad física realizada; se expresa en kilocalorías (Kcal) o en sus equivalentes metabólicos o mejor conocidos como METS que representan el gasto energético en reposo, o también en unidades de consumo de oxígeno; así por ejemplo se puede expresar que un MET equivale a 3.5 ml/kg*min aproximadamente. (Mcardle, Katch , & Katch, 1996)

Sin embargo la misma Organización Mundial de la Salud en su informe llamado "Actividad física en y mediante las escuelas" presenta un concepto un poco más amplio sobre lo que se puede llamar actividad física, este dice: "se refiere a toda la gama de "movimientos corporales" que cada persona puede hacer en la vida diaria y que van desde las condiciones de vida activa normal hasta las actividades de deporte para todos, en particular los deportes recreativos y de ocio, pasando por las actividades físicas moderadas e "intencionales", los ejercicios físicos, la buena forma física y las sesiones de entrenamiento". (Organización Mundial de la Salud, 1998) Siendo este el concepto base de actividad física tomado para efectos de esta investigación.

Un punto importante a señalar es que la "actividad física" no debe confundirse con el "ejercicio". Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas. (Organización Mundial de la Salud, 2004)

En el mismo documento se menciona que la vida activa se refiere en particular a una forma de vida en la que las personas hacen que actividades físicas útiles, placenteras y satisfactorias sean parte integrante de su vida cotidiana. Según sea su plasmación concreta, la vida activa puede contribuir a la consecución de los beneficios fisiológicos, emocionales, mentales, espirituales, estéticos, morales y sociales de la actividad física, reflejados en una salud mejor, una mayor energía vital y unas mejores condiciones físicas y sociales de la comunidad. (Organización Mundial de la Salud, 1998)

En cuanto a la consecución de estos beneficios es importante recordar que la actividad debe ser regular y alcanzar ciertos parámetros necesarios para asegurar que los beneficios se puedan conseguir y/o mantener, para ello la evaluación se vuelve fundamental. Sin embargo en este campo la evaluación se convierte en todo un dilema, esto porque la actividad física es un comportamiento que depende de factores intrapersonales, interpersonales y ambientales (Sallis & Owen, 1998) aunado a que existen muchos métodos medición que aumentan el grado de dificultad de conocer valores confiables dentro y fuera de los países. (Booth, 2000).

Es por ello que los métodos de medición de la actividad física principalmente se dividen en métodos de criterio, subjetivos y objetivos. En el caso de los estudios poblacionales los más utilizados son los métodos subjetivos por su rapidez y economía; dentro de estos destacan los cuestionarios, los diarios, las historias cuantitativas y el auto registro global de la actividad física. (Angarita Fonseca, 2010)

Dichos métodos siempre intentan cuantificar o al menor brindar una idea de actividad física basándose en un punto de referencia, para ello toman en cuenta ciertas características de la actividad física a saber:

Tipo de actividad física (qué tipo). Forma de participación en la actividad física. Puede ser de diversos tipos: aeróbica, o para mejorar la fuerza, la flexibilidad o el equilibrio.

Duración (por cuanto tiempo). Tiempo durante el cual se debería realizar la actividad o ejercicio. Suele estar expresado en minutos.

Frecuencia (cuantas veces). Número de veces que se realiza un ejercicio o actividad. Suele estar expresado en sesiones, episodios, o tandas por semana.

Intensidad (Ritmo y nivel de esfuerzo que conlleva la actividad). Grado en que se realiza una actividad, o magnitud del esfuerzo necesario para realizar una actividad o ejercicio.

Volumen (la cantidad total). Los ejercicios aeróbicos se caracterizan por su interacción entre la intensidad de las tandas, la frecuencia, la duración y la permanencia del programa. El resultado total de esas características puede conceptuarse en términos de volumen. (Organización Mundial de la Salud, 2010)

Todos los elementos anteriormente mencionados son la base fundamental para brindar las recomendaciones poblacionales, para ello algunas organizaciones internacionales han propuesto sus clasificaciones de los niveles de actividad física, una de ellas la propone el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, mostrados en la siguiente tabla:

Tabla #2

Niveles de actividad física según la Guía Americana de Actividad Física

Clasificación de los montos totales semanales de actividad física aeróbica en cuatro niveles de categorías de actividad física	Rango de Minutos de intensidad moderada a la semana	Resumen de los beneficios para la salud	Comentario
Inactivo	No hay actividad más allá de línea de base	Ninguno	Estar inactivo no es saludable.
Bajo	Actividad más allá de línea de base, pero menos de 150 minutos a la semana	Algunos	Los bajos niveles de actividad son claramente preferibles a un estilo de vida inactivo.
Medio	150 minutos a 300 minutos a la semana	Sustanciales	Actividad en el extremo superior de este rango tiene beneficios de salud adicionales y más amplias que la actividad en el extremo inferior.
Alto	Más de 300 minutos a la semana	Adicionales	La ciencia actual no permite a los investigadores identificar un límite superior de la actividad por encima del cual no hay beneficios adicionales para la salud

Fuente: Adaptado de (U.S. Department of Health and Human Services, 2008)

El Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) por sus siglas en inglés determina según las mediciones, tres niveles en los cuales puede ser catalogado el

nivel de actividad física, dependiendo de la intensidad o del volumen reportado a nivel semanal.

Tabla # 3
Niveles de actividad física según el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ)

Nivel de actividad física alto	<ul style="list-style-type: none"> → Reporte de 7 días en la semana de cualquier combinación de caminata, o actividades de moderada o alta intensidad logrando un mínimo de 3.000 MET-min/semana; → o cuando se reporta actividad vigorosa al menos 3 días a la semana alcanzando al menos 1.500 MET-min/semana
Nivel de actividad física moderado	<ul style="list-style-type: none"> → Reporte de 3 o más días de actividad vigorosa por al menos 20 minutos diarios; → o cuando se reporta 5 o más días de actividad moderada y/o caminata al menos 30 minutos diarios; → o cuando se describe 5 o más días de cualquier combinación de caminata y actividades moderadas o vigorosas logrando al menos 600 MET-min/semana
Nivel de actividad física bajo	<ul style="list-style-type: none"> → Se define cuando el nivel de actividad física del sujeto no esté incluido en las categorías alta o moderada

Fuente: Tomado de <https://sites.google.com/site/theipaq/>

De igual manera la Organización Mundial de la Salud mediante su cuestionario global de actividad física (GPAQ) por sus siglas en inglés, propone una clasificación de los niveles según las respuestas obtenidas. Tal y como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla # 4
Niveles de actividad física basado en las recomendaciones mundiales de la Organización Mundial de la Salud

Nivel	Criterios
Alto	Una persona que alcanza cualquiera de los siguientes criterios se clasifica en esta categoría. <ul style="list-style-type: none"> • Realización de actividad de vigorosa intensidad al menos tres días, logrando un mínimo de 1500 MET-minuto por semana o • Siete o más días de cualquier combinación de actividades físicas moderadas o actividades físicas intensas, logrando un mínimo de 3000 MET-minuto por semana.
Moderado	Una persona que no reúne los criterios para la categoría de "alto", pero el cumplimiento de cualquiera de los siguientes criterios se clasifica en esta categoría: <ul style="list-style-type: none"> • Tres o más días de actividad de intensidad vigorosa de al menos 20 minutos por día o • Cinco o más días de actividad de intensidad moderada o • Caminar por lo menos 30 minutos por día o • Cinco o más días de cualquier combinación de actividades físicas moderadas o actividades físicas intensas, logrando un mínimo de 600 MET-minuto por semana.
Bajo	Una persona que no cumplan alguno de los criterios antes mencionados cae en esta categoría

Fuente: Adaptado de World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/chp/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf)

Es importante resaltar que para efectos de esta investigación, el determinante de actividad física será evaluado bajo el nivel de actividad física que tenga la población de estudio, definiendo dicho nivel bajo cuatro grandes componentes a saber: la frecuencia (sesiones por día, semana, mes), la duración (minutos por sesión), el tipo de actividad física (recreacional, ocupacional, oficios domésticos), la acumulación

(suma de varias sesiones de cierta intensidad, frecuencia y duración). Todo esto clasificado mediante los criterios brindados por la Organización Mundial de la Salud y medidos a través del GPAQ

2.4 Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa y se considera como factor de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles como las cardiovasculares, que son la primera causa de mortalidad en América Latina. (Flórez Espitia, 2011). El sobrepeso como tal es considerado una etapa previa a la obesidad.

Específicamente en el caso de obesidad, esta es catalogada como una enfermedad crónica de origen multifactorial, consecuencia de un desbalance positivo de energía, mantenido por un tiempo prolongado, siendo un problema de salud pública y convirtiéndose en una pandemia, tanto en etapa infantil como en la madurez (Sandoval Gallegos, 2010)

Este desbalance energético entre calorías consumidas y gastadas es considerado como la causa fundamental del sobrepeso y la ya que tal y como lo considera la O.M.S. en el mundo, se ha producido tanto un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y además de ello un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización. (Organización Mundial de la Salud, 2004)

Estos cambios a través del tiempo se pueden notar en la percepción de las personas a través de los cuerpos y sus distribuciones. Es entonces que hace algunos años, se decía que un persona gordita, cachetona, de buen comer, etc., solían decir

que era un persona saludable, que por ser así nunca se podían enfermedad, sin embargo, a través del tiempo, nos damos cuenta que no, gracias a investigaciones, nos refieren que la obesidad se origina a partir de múltiples factores entre ellos se encuentran los genéticos, ambientales, nutrimentales, conductuales, así como la interacción entre ellos, presentando el deterioro de la salud, aunado con patologías como las cardiovasculares, diabetes, respiratorias, psicológicas etc. (Sandoval Gallegos, 2010). A pesar de esto, es ampliamente conocido en la literatura médica que las principales causas del sobrepeso y la obesidad se deben en un 30% por factores genéticos y un 70% factores ambientales y sociales no heredados. (Vargas González, 2014)

En la obesidad, se conocen diferentes clasificaciones, debido a que se pueden clasificar por diferentes parámetros entre ellos: se identifica a la obesidad por su distribución del tejido adiposo, por su origen exógeno o endógeno, de tipo celular, la dependiente del índice de masa corporal (I.M.C.), por su etiología, etc. (Sandoval Gallegos, 2010). En el caso de la clasificación basada en la distribución del tejido adiposo la tabla 5 muestra sus principales características.

Tabla #5
Clasificación de la obesidad según la distribución del tejido adiposo.

Tipo de obesidad	Características
Obesidad ginecoide o periférica	También conocida como obesidad tipo pera, se caracteriza por acumular la mayor parte de tejido adiposo a nivel de la cadera, glúteos y muslos. Este tipo de obesidad lleva a generar problemas de tipo venosos, problemas articulares o biliares.
Obesidad tipo androide o central	También conocida como obesidad en forma de manzana como de igual forma se conoce, se identifica por acumular tejido adiposo en cara, región cervical, tronco y notándose más el aumento de grasa a nivel abdominal. Además conlleva al riesgo de presentar enfermedades crónicas degenerativas.
Obesidad tipo visceral	Se caracteriza por tener acumulación de grasa alrededor de las vísceras.

Fuente: Adaptado de (Sandoval Gallegos, Obesidad: definición, clasificación, sintomatología y diagnóstico, 2010).

En el caso de la evaluación de este estado, se ha recurrido a diferentes métodos, uno de ellos es el I.M.C. el cual, es un indicador que incorpora la relación entre el peso y la talla. Este se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). (Organización Mundial de la Salud, 2003)

Para ello la O.M.S. ha planteado los criterios para la clasificación del sobrepeso y obesidad; a saber: un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso, mientras que un IMC igual o superior a 30 determina obesidad. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

Una de las ventajas consideradas a la hora de utilizar el I.M.C. como medida de evaluación radica en que proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas. (Organización Mundial de la Salud, 2010)

Sin embargo, la grasa visceral es mejor predictor de riesgo cardiometabólico y de mortalidad que el acúmulo de grasa subcutáneo. Según López De la Torre y colaboradores, en la práctica clínica se determina mediante la medida de la circunferencia de la cintura (CC), porque es fácil y rápida de medir, muestra una mejor relación con la grasa intra-abdominal medida por tomografía axial computarizada (TAC) que el I.M.C., de igual manera muestra una buena asociación con los factores de riesgo cardiovascular, con el riesgo relativo para desarrollar cardiopatía isquémica y con la mortalidad cardiovascular de forma independiente al IMC. Además la CC es la medida antropométrica que mejor predice el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2. (López De la Torre, et al., 2010)

Con el fin de brindar recomendaciones claras acerca de cuáles son los valores normales de circunferencia de cintura se ha propuesto las clasificaciones de riesgo, así por ejemplo el National Institute of Health [NIH], «Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos» sugiere que los umbrales de CC para clasificar el riesgo deben de ser 102cm en varones y 88cm en mujeres, la International Diabetes Federation (IDF), «Federación Internacional de Diabetes» sugiere que sean 94cm en varones y 80cm en mujeres, diferentes para cada etnia; mientras que Bray menciona que estas deberían de estar plasmadas en 100cm en varones y 90cm en mujeres. (López De la Torre, et al., 2010)

Capítulo III

Marco Metodológico

A. Enfoque:

El enfoque de investigación fue un enfoque mixto con el fin de obtener una perspectiva amplia del tema en estudio, el cual fue de tipo descriptivo/analítico. Para ello se describió "cómo era" y "cómo estaba" la calidad de vida, el nivel de actividad física y la prevalencia sobrepeso u obesidad en el personal administrativo de las facultades, decanatos y escuelas de la sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica. Mientras que, con el carácter analítico, se realizaron comparaciones que permitieron profundizar el análisis de la información obtenida y comprender la realidad de la población de estudio en un momento histórico determinado.

Por otra parte, la investigación cualitativa del estudio se centró en el análisis de las opiniones de los trabajadores administrativos acerca del uso de infraestructura y programas en movimiento humano ofrecidos por parte de la Universidad de Costa Rica.

B. Diseño:

Cabe destacar que este estudio fue de tipo transversal, ya que analizó el problema planteado en un momento del tiempo específico.

C. Consideraciones éticas:

Para el desarrollo de este apartado, se tuvo en cuenta los lineamientos que dicta el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica y el Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para las investigaciones en las que participen seres humanos.

El propósito de este apartado es desarrollar los aspectos que garantizaron la competencia ética, las condiciones en las que se desarrolló la investigación, así como la garantía ética que respaldó a las personas que participaron en la presente investigación.

Debido a que la investigación planteó la necesaria participación de un grupo específico de personas trabajadoras administrativas de facultades, decanatos y escuelas de la Universidad de Costa Rica de la sede Rodrigo Facio, se tomó en cuenta una serie de principios éticos por interactuar con seres humanos. Siendo una de las metas principales de la presente investigación la protección de las personas participantes, así como el respaldo ético desde el respeto, la honestidad, la justicia, la no maleficencia y la beneficencia.

Para clarificar lo que se realizó en la investigación, el actuar de los investigadores, todas aquellas aclaraciones, garantías de participación y cumplimiento con lo establecido para proporcionar un respaldo ético dentro de la investigación se creó la Carta de Consentimiento Informado para los participantes. Esta le explicó a los sujetos de la investigación lo que se realizaría, los objetivos, riesgos, beneficios y alcance de la investigación, cada participante debió leer, aceptar y firmar dicho documento según lo dicta el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica. (Ver Anexo 1: Fórmula de Consentimiento Informado). En ese mismo sentido se respetó el principio de autonomía, haciendo uso del consentimiento informado para cada participante del estudio, ya sea en la recolección de los datos o en su participación en los grupos focales.

Los resultados de esta investigación serán difundidos mediante la elaboración de uno o varios artículos científicos con el fin de que se conozcan los hallazgos obtenidos. Además podría realizarse una presentación en al menos un congreso relacionado con el tema, o en una reunión con los jefes correspondientes. A pesar de ello se hace la salvedad que ningún medio informativo o publicación contendrá información que pueda identificar a los sujetos del estudio.

D. Población de estudio:

En cuanto a la población, se conformó por el total de trabajadores (as) administrativos(as) de las facultades, decanatos y escuelas de todas las 6 áreas del

conocimiento impartidas en la Universidad de Costa Rica en la sede Rodrigo Facio, sin importar su edad, género, etnia, preferencia religiosa, política o sexual.

Se incluyeron como criterios de inclusión las siguientes características:

1) Formar parte de los trabajadores administrativos de facultades, decanatos y escuelas que laboran para la Universidad de Costa Rica en la sede Rodrigo Facio, en las fincas 1, 2 y 3.

2) Poseer una jornada laboral de tiempo completo en un solo puesto de trabajo.

3) Tener un nombramiento en alguna de las siguientes categorías que pertenecen al Manual Descriptivo de Puestos de la Universidad de Costa Rica: Estrato Técnico Asistencial, Estrato Técnico Especializado, Estrato Profesional, Estrato Mandos Medios, y Estrato Dirección. (Oficina de Recursos Humanos (ORH) de la Universidad de Costa Rica, 2006).

4) Que las funciones de su cargo le exijan permanecer en labores completamente de oficina.

5) Poseer al menos un año de experiencia en el puesto.

6) Firmar el consentimiento informado

Por consiguiente, los criterios de exclusión que se manejaron fueron:

- Trabajadores administrativos de las sedes regionales, centros de investigación, vicerrectorías, y otras dependencias de la Universidad de Costa Rica.
- Trabajadores administrativos que no posean una jornada laboral a tiempo completo, o que esta jornada esté dividida en más de un puesto.
- El nombramiento que posea pertenezca a la categoría de operativo según el manual descriptivo de puestos de la Universidad de Costa Rica

- Las funciones de su cargo no corresponden únicamente a labores de oficina.
- No posee más de un año calendario en el puesto de trabajo
- No desea firmar el consentimiento informado o participar de la investigación
- Mujeres en estado de embarazo
- Su jefatura no le brinda el permiso respectivo para participar durante su horario de trabajo.

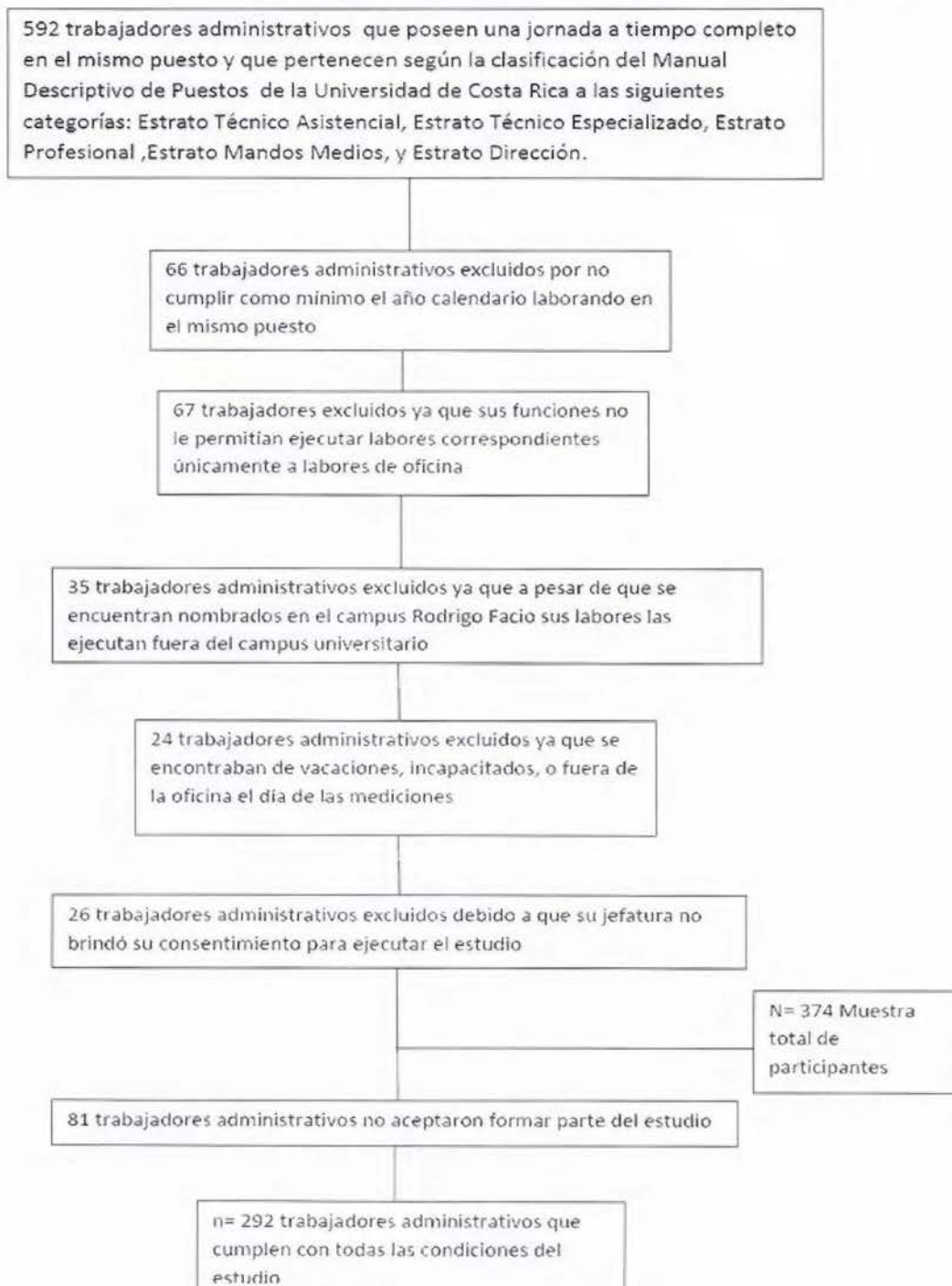
Además con el fin de obtener las variables cualitativas se estableció una serie de criterios extra a los ya contemplados para las personas que participaron de los grupos focales. Estos son los siguientes:

- A. Firmar el consentimiento informado del grupo focal.
- B. Presentarse en la fecha establecida

Según los datos recopilados por la oficina de recursos humanos de la Universidad de Costa Rica, para el año 2014, 3581 personas trabajaban a tiempo completo en un puesto administrativo, de ellos únicamente 592 trabajadores ejecutan sus labores en el mismo puesto, y además se encuentran clasificados según el Manual Descriptivo de Puestos; en las categorías que se requirieron para este estudio, todos ellos ubicados en Facultades, Escuelas y Decanatos.

En la figura #1 se puede conocer el diagrama de flujo de la población participante así como los motivos de no participación.

Figura 1
Diagrama de flujo de la población participante en el estudio



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la tasa de respuesta de la población participante se obtuvo un 78.3% de alcance, tomando en cuenta los 374 sujetos disponibles según los criterios y los 293 que formaron parte de la muestra.

E. Contacto e Invitación

Los participantes fueron contactados en primera instancia por medio de las autorizaciones previas que se realizaron con la jefatura administrativa de cada unidad académica, (Ver Anexo 7:), en la cual se le solicitó tener el visto bueno para trabajar con el personal administrativo de facultades, decanatos y escuelas que poseían puestos en los que se ejecuten labores de oficina a tiempo completo en el mismo puesto. Además de ello, se solicitó a cada una de las jefaturas un espacio adecuado para la realización de las mediciones y el llenado de los formularios por parte de los sujetos de la investigación. Este espacio fue valorado por el investigador y contaba con los requisitos de intimidad básicos. El proceso de contacto con los participantes implicó la confección de una carta de invitación a participar en la investigación (Ver Anexo 6: Carta de invitación para Facultades, Decanatos y Escuelas) en la cual se les indicó quiénes eran los investigadores, y se explicó la existencia del consentimiento informado, como parte del respaldo para sus derechos, además de que contemplaba el compromiso que se asumía como participante de la investigación. Así también se explicó que el documento también contenía información relevante como lo es la garantía del respeto por los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, así como la confidencialidad que se les proporcionaría a lo largo del proceso.

F. Confidencialidad

La información obtenida fue personal y confidencial. Se le solicitó a cada participante que respondiera a preguntas relacionadas con su edad, sexo, tipo de nombramiento, cantidad de años laborados en el puesto, padecimientos diagnosticados, calidad de

vida y actividad física que realiza por lo que el proceso resguarda la confidencialidad, anonimato y privacidad de los participantes.

Por otra parte, las sesiones de grupos focales fueron grabadas únicamente en formato de audio, esto con el fin de rescatar ideas principales a partir del aporte del participante y no se le solicitó ningún tipo de información que lo identifique como participante del mismo. Posteriormente las grabaciones han sido guardadas durante un año calendario, después de su creación, en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica. Una vez finalizado este periodo serán eliminadas de todos los servidores o grabadoras que las pudieran contener.

G. Riesgos

La participación en esta investigación fue anónima y confidencial. La información recabada ha de ser utilizada específicamente para fines de la investigación. Para quien es participante pudo significar cierto riesgo o molestia el participar por lo siguiente: la pérdida de privacidad con respecto a información que puede ser catalogada sensible por cada persona como lo es su edad, su peso, su estatura, o su circunferencia de cintura. También pudo suponer incomodidad para cada persona el hecho de que el investigador le haya solicitado quitarse los zapatos, o que el investigador haya utilizado sobre su cuerpo la cinta métrica para la medición de la circunferencia de cintura. Además pudo suponer ansiedad el hecho de tener que conocer aspectos de su salud que el sujeto podría desconocer como su peso o estatura.

Como medida para disminuir los riesgos antes mencionados cada investigador veló por mantener un ambiente de cordialidad y confianza necesarias para el buen desarrollo de las mediciones y el llenado de los formularios.

Si el sujeto participante sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de este estudio, los investigadores participantes realizarán la recomendación de visitar la Oficina de

Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica para la valoración profesional adecuada. De igual manera se dio la salvedad de retirarse del estudio por la razón que la persona participante lo considere, incluyendo el sentirse incómodo al responder las preguntas de los diferentes instrumentos.

H. Beneficios:

Como resultado de la participación en este estudio, el beneficio obtenido por cada participante fue el conocimiento de valores de su salud como lo son su estatura, el peso, el índice de masa corporal y su circunferencia de cintura. De igual forma pudo recibir recomendaciones y consejos acerca de estos valores por los investigadores que le realizaron los procedimientos anteriormente señalados. Además, como resultados indirectos permitió que con su participación los investigadores aprendan más acerca del tema en cuestión y con ello beneficie a cada participante o, a otras personas en el futuro.

I. Instrumentos y recolección de datos

Este estudio contempló la utilización de los siguientes instrumentos:

- balanza marca seca modelo 804
- cinta métrica marca seca modelo 203
- estadiómetro marca seca modelo 213
- calculadora de IMC marca seca modelo 491
- Formulario para participantes con datos personales.
- Cuestionario de calidad de vida WHOQoL-Bref
- Cuestionario Global de Actividad Física GPAQ

Tanto los instrumentos como las personas que estarían a cargo de la aplicación de los mismos pasaron por un proceso de estandarización. En el caso de los encuestadores recibieron dos sesiones de capacitación, las cuales fueron impartidas por el investigador principal. Para el proceso de estandarización se contó con sujetos de prueba, siendo estos estudiantes, personal docente de la Escuela de Salud Pública y personal administrativo de la misma unidad académica que no cumpliera con los requisitos de la muestra. En dicha estandarización se utilizó los instrumentos y el procedimiento exacto para las mediciones antropométricas y la aplicación de los cuestionarios.

En cuanto al trabajo de campo propiamente dicho, el día de la evaluación se verificó que cada uno de los sujetos participantes del estudio cumpliera con los requisitos planteados para la participación en el estudio. Una vez comprobado esto se procedió a aplicar los siguientes pasos:

1. Leer y aclarar al sujeto todo lo referente al consentimiento informado.
2. Firmar del consentimiento informado.
3. Entregar el formulario para participantes al sujeto para ser llenado con los datos personales.
4. Medir la estatura del sujeto sin zapatos o con medias delgadas utilizando un tallímetro y anotar la medida. Además el sujeto debía llevar poca ropa para poder ver la posición del cuerpo. El peso debía estar distribuido entre ambas piernas, los talones juntos y la cabeza en una posición tal que la línea de la visión sea perpendicular al cuerpo. Los brazos colgaban libremente a los costados. Para el momento de la anotación se debía pedir al sujeto que hiciera una inspiración profunda, y mantener la posición erguida. Se registró la talla hasta el 0,1 cm más próximo.
5. Medir el peso corporal del sujeto utilizando una báscula y anotar la medida. Para ello se le solicita al sujeto mantenerse sin zapatos, sacar cualquier objeto de los bolsillos, y de ser el caso, quitarse cualquier otra prenda que

Los puntajes brutos del WHOQoL-BREF se detallan en la siguiente tabla:

Tabla #6
Puntajes brutos del WHOQoL BREF, 1997

Puntajes	Salud Física	Salud Psicológica	Relaciones Sociales	Ambiente
Mínimos	7	6	3	8
Máximos	35	30	15	40

Fuente: WHOQOL-Bref introduction, administration, scoring and generic version of the assessment- (Organización Mundial de la Salud, 1997)

El instrumento WHOQoL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.

En el caso del tercer cuestionario, este era referido a la actividad física. Para ello se utilizó el cuestionario GPAQ proporcionado por la O.M.S. que recopila información sobre la participación en la actividad física y sobre el comportamiento sedentario en tres marcos (o campos). Estos campos son: actividad en el trabajo/estudio, actividad al desplazarse, actividad en el tiempo libre, así mismo, mide los niveles de actividad física los cuales permiten clasificar los individuos en alto, moderado o bajo basada en las recomendaciones internacionales de promoción de actividad física para la salud. El cuestionario cuenta con un mínimo de 6 y un máximo de 16 preguntas dependiendo de sus prácticas con respecto a la actividad física regular, en una semana típica, recurriendo a que cada sujeto conteste en base a sus prácticas habituales.

Por otra parte la medición del I.M.C. se utilizó para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, basándose en la clasificación que realiza la O.M.S. para ello. Para lograr adecuadamente esta medida, se pesó y se tomó la estatura de cada sujeto,

luego se utilizó la fórmula correspondiente para la obtención del puntaje. Dicha fórmula es la siguiente:

$$\text{Índice de masa corporal} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

Mientras que la circunferencia de cintura en centímetros, fue obtenida con una cinta métrica mediante la medición manual del evaluador, éste puntaje permitió tener una idea de la posibilidad de riesgo de padecer enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión y las cardiovasculares debido a su asociación con la obesidad a nivel intra-abdominal. Los valores de referencia se han determinado mediante la publicación del American Heart Association, National Heart, Lung and Blood Institute llamada: "*Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome: An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement*" donde se establece que, para las mujeres los valores mayores a 88 cm, y para los hombres mayores a 102 cm, determinan la obesidad intra-abdominal. (Grundy, y otros, 2005)

La medición tuvo una duración aproximada de 30 minutos por cada uno de los sujetos junto con el llenado de los cuestionarios.

Cabe agregar que se realizaron 3 grupos focales. Los participantes fueron convocados para conocer su punto de vista hacia la influencia del uso de instalaciones y programas de movimiento humano en la calidad de vida. Todos y cada uno de los participantes fueron invitados a participar de dicha técnica una vez completado todo el procedimiento antes mencionado, para ello se solicitó su información personal con el fin de confeccionar una base de datos que permitiera realizar una convocatoria en una fecha y lugar previamente definidos. Para ello los participantes debieron de cumplir con requisitos establecidos.

El total de personas que aceptaron formar parte de los grupos focales fue de 21. Estos fueron realizados en el mes de diciembre del 2014, una semana después de haber culminado el proceso de recolección de datos de cuestionarios y mediciones.

8. Variables de estudio y categorías de análisis:

Los datos del estudio se recogieron y administraron utilizando la herramienta de captura de datos electrónicos REDCap (Research Electronic Data Capture) alojados en el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. REDCap es una aplicación segura, basada en web diseñada para apoyar la captura de datos para estudios de investigación, proporcionando 1) una interfaz intuitiva para la entrada de datos validada; 2) pistas de auditoría para el seguimiento de los procedimientos de manipulación de datos y de exportación; 3) procedimientos automatizados de exportación para la descarga de datos sin fisuras a los paquetes estadísticos comunes; y 4) los procedimientos para la importación de datos de fuentes externas. (Harris , et al., 2009)

Los datos obtenidos del primer formulario, en el cual se solicitan las condiciones demográficas y otras de interés del estudio fueron analizados descriptivamente. Las variables categóricas se encuentran descritas en porcentajes.

Las variables con una distribución normal se expresan como promedios y desviación estándar. Aquellas sin distribución normal se expresan como mediana y percentiles.

Las variables a obtener de este primer formulario fueron: Sexo, edad distribuido en décadas, años laborando en el puesto, tipo de nombramiento, clase ocupacional, padecimientos diagnosticados, tipo de transporte al trabajo, participación en programas de actividad física, y uso de infraestructura para realizar actividad física.

Una vez realizado este proceso, las variables anteriormente descritas sirvieron de ajuste para el análisis de los valores obtenidos por las mediciones antropométricas y las obtenidas por los cuestionarios WHOQoL- Bref y GPAQ.

Se utilizó las medidas estadísticas de resumen usuales tanto paramétricas como no paramétricas dependiendo de la normalidad de los datos tales como, la prueba de Chi cuadrado de independencia, la U de Mann Whitney y la H de Kruskal Wallis, o regresiones en el caso de las pruebas paramétricas, con el fin de determinar si existían diferencias en la calidad de vida, el nivel de actividad física, el IMC, y la Circunferencia de cintura según algunas características demográficas y las variables de ajuste determinadas según el primer formulario.

Para el uso de los datos recopilados mediante los grupos focales, se hizo uso del software Atlas Ti versión 6.1. Una vez obtenidos los resultados, estos fueron clasificados mediante categorías establecidas por el investigador. Con el fin de salvaguardar el derecho de confidencialidad de los sujetos se estableció un código alfanumérico. Dicho código se estableció de la siguiente manera:

- Iniciales del estudio
- Número de participante
- Género del participante

Así por ejemplo; CVFA14M hace referencia a la mujer asignada con el número catorce del estudio de calidad de vida en los funcionarios administrativos.

Con el fin de facilitar el entendimiento de la metodología se ha resumido en el siguiente cuadro:

Tabla #7
Resumen de metodología según objetivos, técnica, variables de análisis e instrumentos.

Objetivos	Técnica	Instrumentos	Variable
Determinar la calidad de vida de la población de estudio mediante el instrumento WHOQoL-Bref.	Cuestionario	-WHOQoL- BREF	Puntaje de calidad de vida por ámbito

<p>Definir la prevalencia de sobrepeso y obesidad según el índice de masa corporal (I.M.C.) y la acumulación de grasa abdominal a través de la circunferencia de cintura (CC) de la población.</p>	<p>Medición antropométrica</p>	<p>-Balanzas -Cinta Métrica -Tablas</p>	<p>Prevalencia de sobrepeso y obesidad según IMC. (Delgadez: < 18,5. Normal: 18.5-24.9. Sobrepeso: 25.0-29.9. Obesidad: ≥ 30.0 Prevalencia de Obesidad Abdominal según CC, los hombres con una circunferencia de cintura >102 cm y en las mujeres con una circunferencia de cintura >88 cm.</p>
<p>Clasificar a la población estudiada según el nivel de actividad física obtenido.</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>GPAQ</p>	<p>Nivel de actividad física basado en METS: Valor Alto cuando el sujeto reporta tres o más días en los que realiza actividad física intensa y además alcanza o supera los 1500 METsminuto/semana; o cuando reporta siete o más días de actividad física intensa o moderada y además alcanza o supera los 3000 METs-minuto/semana. Valor Moderado se adjudica cuando el sujeto reporta tres o más días en los que realiza actividad física intensa y ésta sea mayor o igual a 60 minutos semanales; cuando reporta cinco o más días de actividad física moderada y ésta sea mayor o igual a 150 minutos semanales; o cuando reporta cinco o más días de actividad física intensa o moderada y además alcanza o supera los 600 METs-minuto/semana. El valor Bajo cuando no se alcanzan los niveles mencionados en las otras dos categorías.</p>
<p>Asociar la calidad de vida con la clasificación de actividad física y la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de estudio.</p>	<p>Estadística Inferencial y Descriptiva</p>	<p>SPSS, Epi-Info</p>	<p>Calidad de vida según nivel de actividad física, índice de masa corporal y circunferencia de cintura.</p>
<p>Explorar la influencia del uso de infraestructura y programas en</p>	<p>Grupo Focal</p>	<p>Guía de grupo focal</p>	<p>Facilidades que promueven el uso de infraestructura y programas en</p>

movimiento humano
ofrecidos por parte
Universidad de Costa Rica
en la calidad de vida del
trabajador
administrativo.

movimiento humano ofrecidos por
parte de la Universidad de Costa Rica
Barreras que imposibilitan el uso de
programas e instalaciones ofrecidos
por parte de la Universidad de Costa
Rica.

Percepción acerca de la influencia
de los programas e infraestructura
en calidad de vida del trabajador
administrativo

Fuente: Elaboración propia

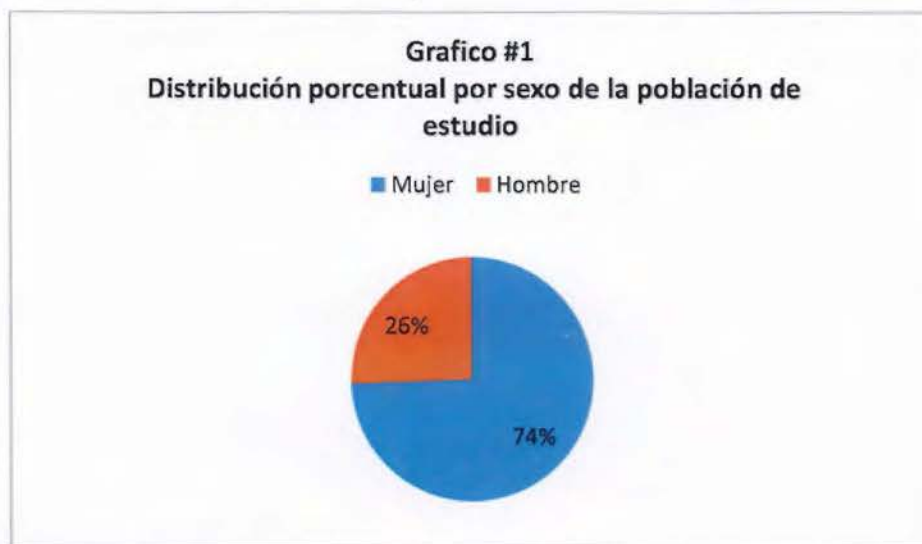
Capitulo IV

Análisis de Resultados

A. Caracterización sociodemográfica de la población de estudio

De acuerdo con la metodología diseñada, la información que se presenta en este apartado es el resultado del empleo de dos técnicas metodológicas: una que fue desarrollada mediante la aplicación de cuestionarios y mediciones corporales, cuya información fue utilizada para el análisis cuantitativo y otra información extraída de grupos focales que aporta una mayor comprensión de la realidad vivida por la población de estudio.

La caracterización que se mostrará a continuación se refiere a las personas participantes en la investigación. En el siguiente gráfico se observa que en esta investigación hubo una mayor participación de personas del sexo femenino ($p=0.04$).



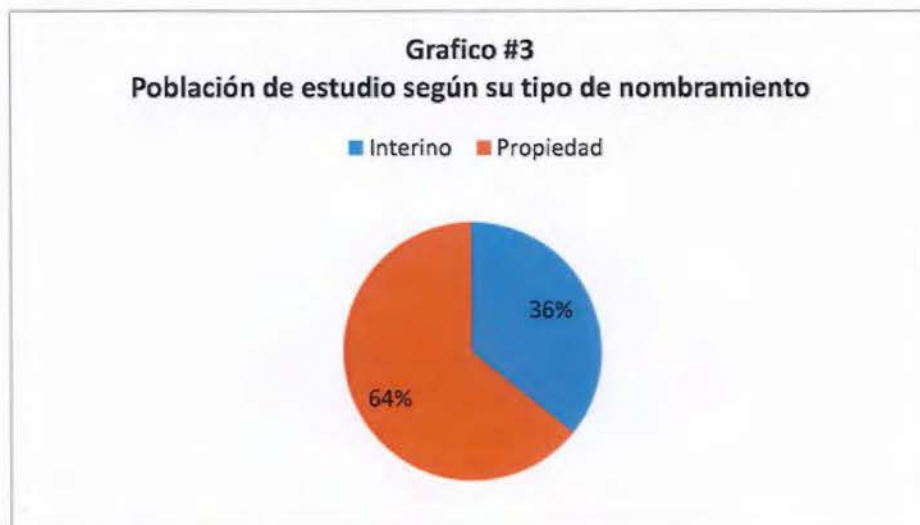
Fuente: Elaboración propia

La edad promedio de la población fue de 38 ± 10 años, al realizar la agrupación por edades, no se encontró diferencias significativas entre los grupos. La edad mínima se encontró en 20 años y la máxima en 63 años.



Fuente: Elaboración propia

Respecto al tipo de nombramiento que poseen los trabajadores administrativos de unidades académicas de la sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica, se destaca que 36% posee un nombramiento interino; 64% se encuentran nombrados en propiedad.



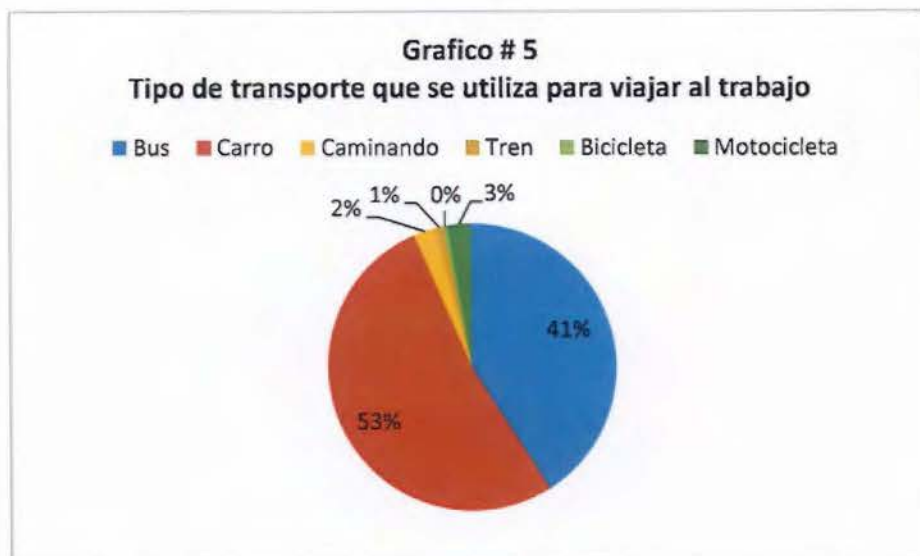
Fuente: Elaboración propia

Por su parte, cuando se distribuyen los trabajadores según su clase ocupacional, se encuentra que en la población estudiada 54% de los trabajadores se sitúan en una clase técnica asistencial, 22% en la clase técnico especializado y 24% es catalogado como Profesional, Director o Jefe, tal y como se puede constatar en el gráfico #4.



Fuente: Elaboración propia

De igual manera, se encontró la proporción de medios de transporte utilizados para viajar al trabajo por parte de los trabajadores administrativos de la sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica. Tal y como se detalla en el gráfico #5 el principal medio de transporte es el vehículo particular, mientras que como segundo en importancia se encuentra el autobús, ambos teniendo un gran peso en la forma de desplazamiento de la población representando 94% de los medios mencionados. La motocicleta ocupa el tercer lugar, la caminata el cuarto, el tren el quinto y por último la bicicleta en el sexto puesto con 0.3% de representación. Además, se destaca que ninguno menciona el servicio de taxi como un medio de transporte público usado regularmente para el traslado al trabajo.



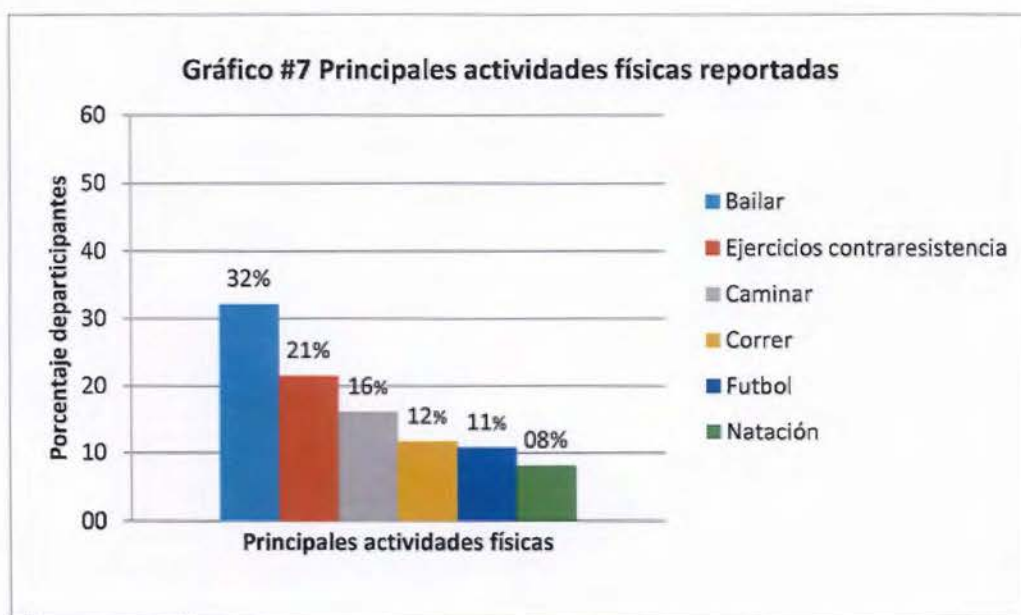
Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la participación de la población de estudio en actividades físicas programadas, se encontró que 45% de la población participa de un programa de actividad física, indiferentemente de si es ofrecido por la universidad o no. (Ver gráfico #6)



Fuente: Elaboración propia

De ese 45% de personas que participan en actividades físicas programadas, 32.1% mencionaron el baile como una de las principales actividades que realizan, seguido por los ejercicios contra resistencia, la caminata, el correr, el futbol y la natación por orden de importancia, esto se constata en el gráfico #7.



Fuente: Elaboración propia

A su vez, el 36% de las personas que mencionaron participar de programas de actividad física, reportaron que estas actividades las desarrollan en el campus universitario, dándole un realce al uso de las instalaciones universitarias para la práctica de la actividad física, así como a la oferta de actividades y programas que ofrece la Universidad de Costa Rica como patrono. Esto fue reconocido en los grupos focales cuando se exteriorizó:

“Para mí la universidad da un montón de oportunidades, el que no hace ejercicio es porque no quiere. Vea, dan al medio día, dan a las cuatro de la tarde y dan a las cinco de la tarde ejercicios y son varios programas, uno es al que yo

voy que se llama "La U en movimiento", pero hay otros que son de la oficina de salud". **CVFA7M**

Esta preferencia por los programas e instalaciones del Campus Rodrigo Facio de igual manera se ve expuesta como facilidades que la Universidad de Costa Rica brinda, así se reconoció por los grupos focales cuando se comenta:

"Pues yo veo que tenemos el espacio para poder desarrollarnos en la parte física, como el cardio baile o lo que decía la compañera de las personas que hacen grupos de actividad física al medio día. En la escuela de química creo que hay un grupo de baile, igual el campus se presta para que la gente vaya y camine al medio día, hay gente que camina y hay gente que corre, pero eso depende de cada uno. En mi caso yo estoy contenta". **CVFA1M**

"Claro, las instalaciones son lindísimas, hay donde y además ahora han colocado unas estaciones para hacer ejercicio en varios lugares." **CVFA7M**

"Yo siento que sí, la universidad, por ejemplo, las instalaciones deportivas no se hicieron para verlas, están para que las utilicemos, ahora esto que están poniendo todas las maquinitas estas mecánicas que están en los parques o los diferentes jardines de la universidad, eso invita a hacer ejercicio [...]" **CVFA9H**

También se da un realce a la participación en programas ofrecidos por la Universidad, al respecto se indicó:

"La oficina de salud tiene un programa de promoción de la salud y ellos tienen unas personas que se llaman enlaces, el enlace nuestro logró que vinieran los chicos de salud y nos hicieran como un taller, entonces ellos nos explicaron más o menos qué son pausas activas, cómo era lo de la postura, cómo hacer ciertos ejercicios, cómo unirse en grupos, etc., etc." **CVFA2M**

"Bueno en mi caso, viéndolo desde mi punto de vista si es oportuno y es bueno porque hay dos horarios, de 4 a 5 y de 5 a 6, y si no existe la posibilidad de

caminar alrededor de la U si uno no tuviera la posibilidad de asistir al cardio baile o si no le gusta” **CVFA1M**

[...] está el cardio baile que lo hacen todos los días de lunes a viernes, hay uno que no estoy segura, creo que lo hacen lunes, miércoles y viernes de 4 a 5, luego hay de 5 a 6 todos los días de lunes a viernes y están unas maquinitas que también están para ejercitarse alrededor del campus, las puso la oficina de bienestar y salud. **CVFA1M**

De igual forma, la influencia que tienen las jefaturas con respecto a la promoción de prácticas saludables, o al menos respecto al otorgamiento de facilidades que tienen sus trabajadores tiene un peso percibido en la población estudiada, con respecto a esto se expresó:

“A mí siempre me daban la oportunidad de ir porque mi jefa siempre me decía que no había ningún problema, yo iba, me cambiaba, subía y tampoco es algo que uno sude mucho, es solo como de mantener una actividad rapidita para despertarse un poquito, bajaba otra vez, me cambiaba y ya estaba lista para volver a trabajar”. **CVFA6M**

“Sí, ya es disciplina, y lo que hacemos, a pesar de que cada cuatro años tenemos un jefe diferente, siempre se lo hemos planteado, quince minutos después de almuerzo, la oficina no está cerrada porque siempre hay alguien que no quiere hacer ejercicio, gracias a Dios” **CVFA7M**

No obstante, el 55% de personas que no asisten a practicar actividad física programada también expusieron sus principales razones, resaltando el tiempo como una variable de mucho peso.

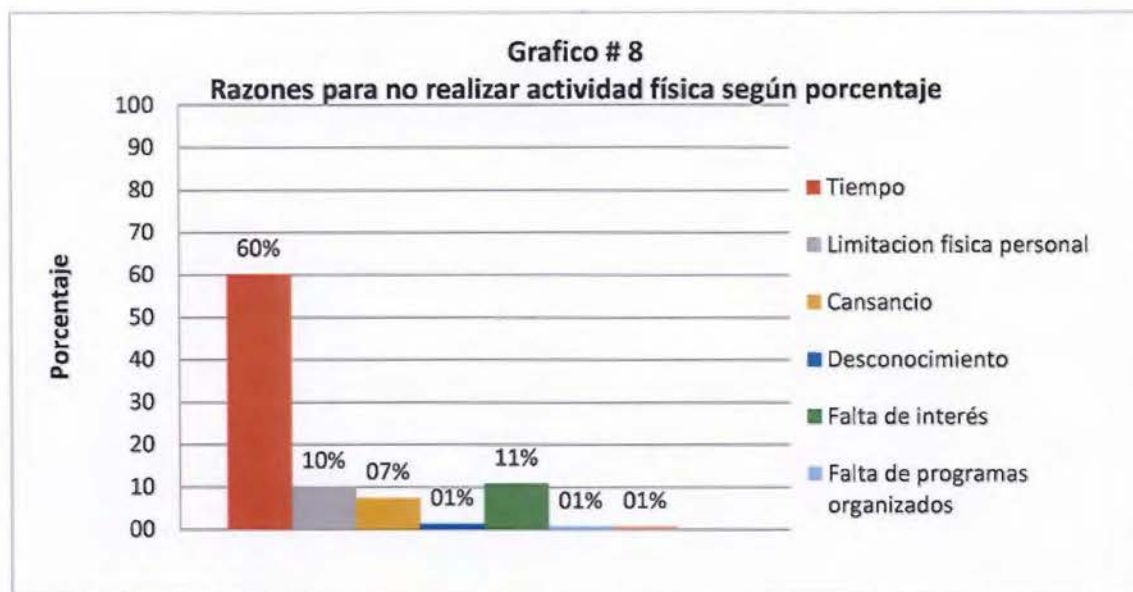
Esto claramente se ve reflejado en la percepción de las personas, tal y como lo reconocen algunos de los sujetos de los grupos focales al decir:

“El factor tiempo afecta” **CVFA3M**

"[...] debemos de tomar en cuenta que la Universidad de Costa Rica tiene varias calidades de personas en cuanto a que tenemos varias obligaciones, somos casados, tenemos hijos, muchos trabajamos en dos labores, aquí en la universidad y en la casa tiene alguna cosa que hacer que le favorece en cuanto al sustento económico, y eventualmente el horario no permite, digamos, después de horario quedarse puesto que son zonas lejanas en las que eventualmente podemos vivir, eso complica el hecho de que solo se pueda coger la hora de almuerzo para poder hacer ejercicio." **CVFA9H**

"Como ya dije, cuando yo llego aquí ya he hecho un montón de cosas, porque digamos, yo tengo dos chicas, una de cole y una de escuela y yo vivo en Cartago, entonces la rutina mía empieza, qué sé yo, antes de las 5 y media, hay que bañarse los cuatro, que tienen que desayunar las dos chicas, que todo el mundo se suba al carro faltando tanto tiempo porque si no no llegamos, ir a dejar primero a una al colegio que está en Cartago, luego venimos y dejamos a la chiquitilla que está por la U Latina, luego ya mi esposo me deja allá por pretil y en el mejor de los casos ya estoy ahí faltando 15 para las 8, entonces de ahí soplada para acá, entonces antes de esa hora es imposible". **CVFA2M**

En el gráfico #8 se encuentran el conteo de los casos y las principales razones expuestas.



Fuente: Elaboración propia

La segunda razón para no realizar actividad física se centra en la falta de interés o gusto por esta misma, al respecto en los grupos focales se comentó:

“[...] pero como siempre los seres humanos somos perezosos, es la disciplina”.CVFA8H

“Nosotros mismos, porque uno es el que se mete la zancadilla, sos vos al que le da pereza, le da estrés, que no puedo, generalmente mucho es uno. Otra gente con las mismas condiciones lo resuelve así o asa, o no escuchar los consejos.” CVFA2M

La alta representación femenina en el estudio permite ahondar en aspectos de género que indican algunos roles sociales asignados a las mujeres, como el cuidado de los parientes e hijos, las labores domésticas, entre otros, que de cierta forma repercuten en el uso del tiempo basando las prioridades en obligaciones permanentes. Así por ejemplo en la práctica de la actividad física se puede notar como algunas de las barreras presentes se deben al rol de mujer, tal y como se mencionó en los grupos focales, donde se señaló:

“Otra limitante podría ser, en mi caso todavía no, nosotras tenemos compañeras con hijos, ellas dicen que a las cinco no pueden desviarse a ningún otro lado, tienen que irse directo, entonces esa es otra de las limitantes, más que todo para ellas, porque si hemos intentado hacer un grupo para hacer ejercicio, pero generalmente somos las que todavía no tenemos hijos o las que no tenemos tanto esas responsabilidades de Dios libre llegar tarde a la casa ¿por qué los hijos dónde los dejan? . Eso sería una limitante, además de que exacto más de una hora no nos van a dejar para hacer ejercicio, entonces es más complicado.”

CVFA5M

“[...] digamos yo salgo a las 5 y tengo que llegar a mi casa y mi mamá está muy mayor y me la cuidan hasta cierta hora, yo tengo esa limitante [...]”

CVFA3M

“En la tarde yo salgo a las cinco, mi hija la cuidan hasta las seis porque se queda en la escuela guardería y mi esposo sale a las cinco en el mejor de los casos, si él no puede salir por equis motivo o igual porque él ahorita está terminando unos cursos en la U, entonces cuando es así yo tengo que igual salgase de aquí soplada, camine hasta la U Latina, porque eso si lo hago caminando, recojo a la chiquitilla y vea a ver en que me voy. Sí me voy en el bus de la U Latina o me voy en el tren, porque tengo que llegar a ver a la otra y de ahí comenzar la otra parte que es ver que haya comida, que hagan la tarea, revisar los cuadernos. Cuando yo termino ocho y media o nueve de la noche lo que menos quiero es actividad física”. **CVFA2M**

De igual forma estos roles se ven representados en aquellas mujeres que no los poseen; permitiendo que la condición de ser mujer se convierta en un factor de riesgo si se siguen los roles sociales, un ejemplo de ello se encuentra en el siguiente comentario expresado en los grupos focales:

"Bueno en mi caso sí, yo si siento que existe la posibilidad de adaptarme a este cardio baile, que es una posibilidad, porque yo no tengo familia como ellas, yo no tengo hijos ni esposo que cuidar, entonces en esa parte yo sí podría adaptarme. Es cuestión de proponérselo y realizarlo, en mi caso yo pienso que sí." CVFA1M

En lo que respecta a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles se encontró que 13% de la población estudiada padece de hipertensión arterial como principal causa de padecimiento, seguida por la hipercolesterolemia con 5,8%, hipertiroidismo con 4.7% y la gastritis con 4.4%.

B. Calidad de vida y la relación con variables sociodemográficas

Tabla #8

Valores promedio de características sociodemográficas según el ámbito de calidad de vida de la población

Variable/Ámbito	Salud Física	Salud Psicológica	Relaciones Sociales	Ambiente
Población total *	70,6 (15,8)	70,2 (15,3)	68,2 (19,1)	68,2 (13,7)
Hombres	73,7 (12,7)	72,2 (14,9)	68,6 (18,2)	67,7 (13,5)
Mujeres	69,5 (16,6)	69,5 (15,4)	68,1 (19,4)	68,4 (13,8)
Grupos de edad				
20-29 años	73,8 (16,6)	70,4 (16,9)	70,7 (19,3)	68,7 (14,8)
30-39 años	71,8 (15,0)	68,7 (16,3)	68,1 (20,5)	67,4 (13,9)
40-49 años	65,3 (15,7) ^a	70,8 (14,0)	67,0 (17,2)	67,8 (12,5)
% 50 y más años	72,2 (14,8)	71,2 (14,5)	66,8 (19,2)	69,1 (14,2)
Clase ocupacional				
Técnico asistencial	69,0(16,2)	68,0 (16,2) ^b	67,5 (19,4)	65,3 (14,2) ^c
Técnico especializado	73,4 (14,5)	72,3 (13,5)	69,4 (17,7)	70,7 (12,7)
Profesional, Director o Jefe	72,7 (15,3)	73,4 (14,8)	68,2 (19,7)	72,3 (12,4)
Tipo de nombramiento				
Interino	73,4 (15,0)	71,7 (15,4)	69,3 (20,3)	67,8 (15,0)
Propiedad	69,5(15,9) ^d	69,4 (15,4)	67,4 (18,5)	68,3 (13,1)

Fuente: Elaboración propia.

*Valores promedio y Desviación Estándar en paréntesis

- a Diferencia significativa ($p=0.04$) en el ámbito de salud física con respecto a los otros grupos etarios
- b Diferencia significativa ($p=0.02$) en el ámbito de salud psicológica con respecto a las otras clases ocupacionales
- c Diferencia significativa ($p=0.00$) en el ámbito de ambiente con respecto a las otras clases ocupacionales
- d Diferencias significativa ($p=0.03$) en el ámbito de salud física entre interinos y propiedad.

En la comparación entre las variables sociodemográficas relacionándolas con los ámbitos de la calidad de vida propuestos por la O.M.S. en su instrumento WHOQoL-Bref podemos encontrar los siguientes hallazgos para la población estudiada:

Primeramente, no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los 4 ámbitos, el valor promedio es similar en todos ellos.

Al comparar el sexo con los ámbitos de calidad de vida no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Por el contrario cuando se comparó los grupos etarios se encontró una diferencia significativa en el ámbito de la salud física ($p=0.04$), mostrando un promedio menor en el grupo de edad entre los 40 y los 49 años de edad con respecto a los demás grupos.

Con respecto a la clase ocupacional, se encontró diferencias significativas en los ámbitos de salud psicológica ($p=0.02$) y ambiente ($p=0.000$). En ambos casos los trabajadores administrativos que se encuentran en la clase ocupacional asistencial muestran valores significativamente más bajos que los técnicos especializados y los profesionales, jefes y directores.

Asimismo cuando se comparan los ámbitos de calidad de vida con el tipo de nombramiento de los trabajadores administrativos se encuentra únicamente una diferencia significativa en el ámbito de la salud física ($p=0.03$), mostrando valores menores aquellas personas que poseen un puesto en propiedad.

C. Clasificación de la población de estudio según el índice de masa corporal, la presencia o ausencia de obesidad abdominal y su relación con las variables sociodemográficas

Tabla #9
Proporción de sujetos con sobrepeso y obesidad según características sociodemográficas

	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Promedio (DE)
Población total	36.2%	40.3%	23.5%	27.09 (4.55)
Sexo				
Hombres ^a	26,7%	46,7%	26,7%	27.83 (4.03)
Mujeres	39,4%	38,1%	22,5%	26.83 (4.7)
Grupos de edad ^b				
20-29 años	64,1%	23,4%	12,5%	25.03 (4.65)
30-39 años	31,8%	45,5%	22,7%	27.2 (4.56)
40-49 años	29,5%	41%	29,5%	27.7 (4.31)
50 y más años	22,2%	49,2%	28,6%	28.1 (4.15)
Clase ocupacional				
Técnico asistencial	39,5%	36,9%	23,6%	26.9 (4.89)
Técnico especializado	35,9%	40,6%	23,4%	27.1 (3.94)
Profesional, Jefe y Director	29,6%	46,5%	23,9%	27.3 (4.35)
Años laborados ^c				
1-9 años	39,8%	39,8%	20,5%	26.8 (4.6)
10-19 años	33,8%	38,8%	27,5%	27.32 (6.66)
20-29 años	27,6%	44,8%	27,6%	27.64 (3.99)
30 y más años	12,5%	50%	37,5%	28.8 (3.89)
Tipo de nombramiento				
Interino	44,7%	36,9%	18,4%	26.4 (4.5)
Propiedad ^d	31,9%	41,6%	26,5%	27.4 (4.5)

Fuente: Elaboración propia.

a Asociación significativas ($p=0.02$) entre el promedio de IMC y el sexo

b Asociación significativa ($p=0.00$) entre la variable de edad y el IMC

c Asociación significativa ($p=0,045$) entre la variable de años laborados y el IMC

d Asociación significativas ($p=0.03$) entre el promedio de IMC y el tipo de nombramiento

La población de estudio se clasificó según el I.M.C. encontrado; en promedio la población presentó un IMC promedio de 27.09 ± 4.55 . Tal y como se puede apreciar en la tabla #2 el sobrepeso y la obesidad se presentan en 63.8% de la población.

En el caso de las mujeres se reportó un I.M.C. de 26.83 ± 4.70 , y para los hombres un valor de I.M.C. de 27.83 ± 4.03 .

Con respecto a la clasificación del índice de masa corporal se encontró 36.2% de personas con peso normal, 40.3% de personas con sobrepeso y 23.5% de personas con obesidad, demostrando la gran carga de sobrepeso y obesidad con un 63.8% de la población.

Al analizar la variable índice de masa corporal con las variables sociodemográficas, se encontró una asociación significativa entre el IMC y el sexo ($p=0.02$) mostrando que los hombres poseen en promedio un IMC mayor en comparación con las mujeres. En el caso de la edad, se encuentra que en la población que posee entre 20-29 años el mayor porcentaje presenta un IMC catalogado como normal, sin embargo al analizar las décadas de los 30, 40, 50 y más años el mayor porcentaje lo dominan el sobrepeso y la obesidad.

Además se encontró una asociación significativa positiva entre la variable de edad y el índice de masa corporal ($r_s=0.25$, $p=0.00$) (ver gráfico 9) por lo que a mayor edad se encuentra un aumento en el índice de masa corporal. Basándose en un modelo de regresión lineal se encontró que la variable edad explica en 44% el comportamiento de la variable IMC ($R^2=0.48$, $p=0.00$). Así mismo se encontró una relación significativa ($S_p=0,117$ $p=0,045$) entre los años laborados y el IMC (ver gráfico 2), sin embargo el modelo de regresión logística lineal rechaza la variable de años laborados por encontrar una colinealidad con la edad.

Estos mismos datos se refuerzan con la percepción obtenida en los grupos focales donde se mencionó que la edad puede ser un factor protector para las edades

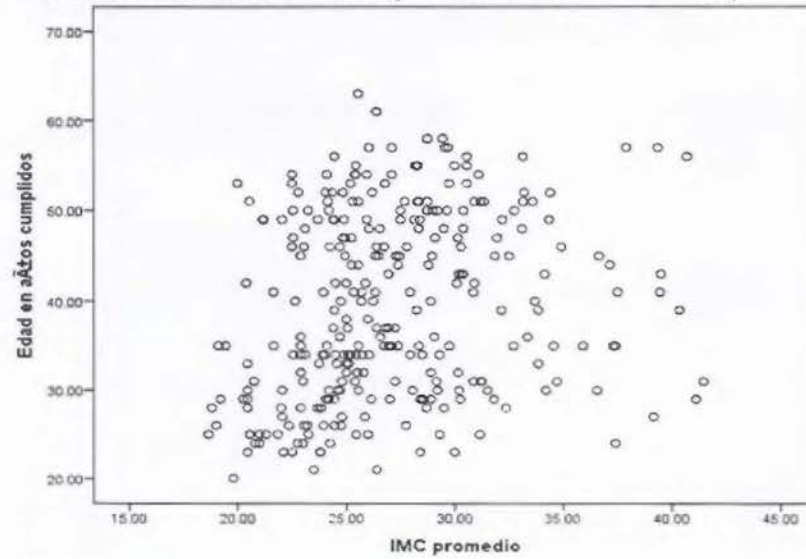
menores y de riesgo para las edades mayores con respecto al uso de instalaciones para realizar actividad física y que de cierta manera contribuyan a mejorar el IMC, respecto a ello se indicó:

"Va gente de veinte o treinta, ya tal vez más de cuarenta y cinco o cincuenta no creo que vayan." **CVFA4M**

En cuanto a la clase ocupacional, no se encuentra una asociación con el I.M.C., sin embargo como se puede notar en la tabla #2 las categorías Técnico Asistencial y Técnico Especializado poseen un mayor porcentaje de personas con peso normal con 39.5% y 35.9% respectivamente, mientras que la categoría de Profesionales, Directores y Jefes cuentan con el menor porcentaje de personas con peso normal de las tres categorías con tan sólo 29.6%, aunado a esto esta última categoría encabeza la lista de personas con sobrepeso al establecer que 46.5% de las personas con estos puestos lo padecen.

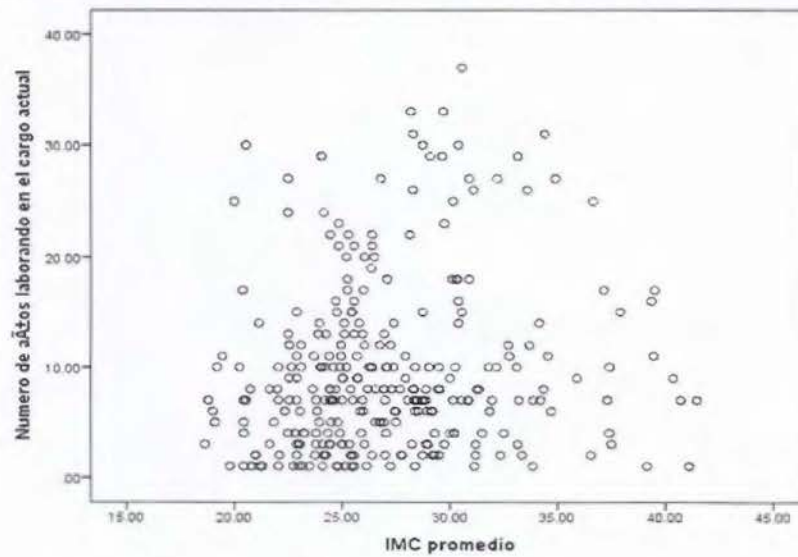
Con respecto a la variable de tipo de nombramiento se encontró una asociación significativa ($p=0.03$) con la variable I.M.C., mostrando un mayor promedio de I.M.C. en las personas con un nombramiento en propiedad.

Gráfico #9
Asociación entre la edad y el índice de masa corporal



Fuente: Elaboración propia

Gráfico #10
Asociación entre la cantidad de años laborados y el índice de masa corporal



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la presencia de obesidad abdominal se encontró que las mujeres tienen un promedio de 82.53 ± 10.53 centímetros de circunferencia de cintura, en el caso de los hombres se encuentra un promedio de 93.82 ± 11.77 centímetros. Cuando se estableció relaciones con las variables sociodemográficas se encontró que no existe una asociación entre la variable sexo y la presencia de obesidad abdominal ($p=0.16$). Destacando además que el valor límite de la presencia de obesidad abdominal en mujeres es de 88 centímetros mientras que para los hombres es de 102 centímetros.

La siguiente tabla resume los porcentajes de la presencia de obesidad abdominal según grupos de edad, clase ocupacional, años laborados y tipo de nombramiento de las mujeres.

Tabla #10
Presencia de obesidad abdominal basada en la circunferencia de cintura (Cc) según características sociodemográficas en mujeres.

Variable/Presencia de obesidad abdominal	Sin obesidad Abdominal	Con Obesidad abdominal	Promedio (DE)
Población total	75%	25%	82.53 (10.53)
Grupos de edad ^{a, b}			
20-29 años	94,3%	5,7%	76.97 (10.11)
30-39 años	75%	25%	82.97 (9.9)
40-49 años	65,5%	34,5%	85.02 (9.41)
50 y más años	53,8%	46,2%	87.8 (9.93)
Clase ocupacional			
Técnico asistencial	73,3%	26,7%	82.31 (11.16)
Técnico especializado	72,7%	27,3%	81.55 (9.39)
Profesional, Director y Jefe	74,1%	25,9%	83.66 (9.65)
Años laborados			
1-9 años	77,3%	22,7%	81.32 (10.78)
10-19 años	67,2%	32,8%	84.23 (10.02)
20-29 años	70,6%	29,4%	83.8 (9.1)
30 y más años	60%	40%	88.12 (12.19)
Tipo de nombramiento ^c			
Interino	81,3%	18,8%	80.59 (9.8)
Propiedad	68,9%	31,1%	83.69 (10)

Fuente: Elaboración propia

a Asociación significativa ($p=0.00$) entre la variable de edad y la circunferencia de cintura.

b El modelo de regresión logística de pasos sucesivos muestra un $R^2=0,122$ $p=0,00$

c Asociación significativa ($p=0.047$) entre la variable tipo de nombramiento y la circunferencia de cintura.

El porcentaje de mujeres con obesidad abdominal se incrementa según se incrementa la edad, tal y como se puede apreciar en la tabla #3. En el grupo de menor edad dicho porcentaje fue del 5,7%, mientras en el grupo de 20 a 39 años ese porcentaje aumenta a un 25%, en el siguiente grupo etario el porcentaje se incrementa a un 34,5%, siendo el grupo con mayor porcentaje de obesidad abdominal el grupo de mayor edad con el 46,2%.

En este orden de ideas se encontró una asociación entre la edad y la presencia de obesidad abdominal en las mujeres ($Sp= 0,309$ $P= 0,00$), recurriendo seguidamente a un modelo de regresión lineal mediante el método de pasos sucesivos se concluye que la edad explica en 11,8% la presencia o no de la obesidad abdominal en las mujeres de la población de estudio. ($R^2=0,122$ $p=0,00$).

De igual manera se encontró una asociación entre el tipo de nombramiento y la presencia o no de la obesidad abdominal ($p=0.047$) obteniendo mayor presencia porcentual de obesidad abdominal en mujeres con un nombramiento en propiedad. Con respecto a las demás variables no se encuentra una asociación significativa.

Tabla #11

Presencia de obesidad abdominal basada en la circunferencia de cintura (Cc) según características sociodemográficas en hombres.

Variable/Presencia de obesidad abdominal	Sin obesidad Abdominal	Con Obesidad abdominal	Promedio (DE)*
Población total	81.3%	18.7%	93.82 (11.77)
Grupos de edad			
20-29 años	81,8%	18,2%	91.35(12.85)
30-39 años	85%	15%	90.99(10.90)
40-49 años	85%	15%	94.44(11.66)
50 y más años	75%	25%	97.40(11.79)
Clase ocupacional			
Técnico asistencial	88,5%	11,5%	91.3 (11.42)
Técnico especializado	83,9%	16,1%	94.5 (12.77)
Profesional, Director y Jefe	64,7%	35,3%	96.24 (10.61)
Años laborados			
1-9 años	84,1%	15,9%	92.47(11.62)
10-19 años	81,3%	18,8%	93.15(12.71)
20-29 años	66,7%	33,3%	98.87(12.05)
30 y más años	100%	0,0%	97.01(1.11)
Tipo de nombramiento			
Interino	73,9%	26,1%	94.19 (13.51)
Propiedad	84,0%	16%	93.82 (11.21)

Fuente: **Elaboración propia** *Unidad: centímetros

En el caso de los hombres, tal y como se muestra en la tabla #12, no se encontró ninguna asociación significativa entre las variables de análisis y la presencia o no de la obesidad abdominal basada en la circunferencia de cintura. Sin embargo se nota cierta tendencia a la obesidad abdominal en los puestos de profesionales, directores y jefes, además de las personas que han laborado en un rango entre 20 y 29 años para la universidad.

En cuanto a la relación entre el índice de masa corporal y la circunferencia de cintura por sexo, se encontró que para la población de estudio existía una asociación significativa tanto en mujeres ($p < 0.001$) como en hombres ($p < 0.001$).

Tal y como se muestra en la tabla #5 los mayores porcentajes de obesidad abdominal se encontraban en personas que tenían un índice de masa corporal que indica sobrepeso u obesidad. De igual forma se observa que no existe en la población de estudio, personas que posean obesidad abdominal con un índice de masa corporal menor a 24.99, demostrando la relación positiva entre la obesidad abdominal determinado por la circunferencia de cintura, y el sobrepeso y obesidad demostrado por el índice de masa corporal.

Tabla #12

Porcentajes de la presencia de obesidad abdominal basada en la circunferencia de cintura (Cc) relacionada con el índice de masa corporal (IMC) según sexo.

Sexo	Obesidad abdominal/IMC	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Mujeres ^a	Sin obesidad abdominal	53,8%	39,4%	6,9%
	Con obesidad abdominal	0%	34,5%	65,5%
Hombres ^b	Sin obesidad abdominal	32,8%	50,8%	16,4%
	Con obesidad abdominal	0%	28,6%	71,4%

Fuente: Elaboración propia

^a Asociación significativa ($p < 0.001$) entre la variable índice de masa corporal y la presencia de obesidad abdominal basado en la medición de la circunferencia de cintura en mujeres.

^b Asociación significativa ($p < 0.001$) entre la variable índice de masa corporal y la presencia de obesidad abdominal basado en la medición de la circunferencia de cintura en hombres.

D. Clasificación de la población basada en su nivel de actividad física y la relación de esta con las variables sociodemográficas

Tabla 13
Cuadro resumen del nivel de actividad física de intensidad moderada a fuerte según variables sociodemográficas.

Puntaje/Nivel de Actividad Física	Nivel Bajo	Nivel medio	Nivel Alto	Promedio (DE)*
Población total	34.5%	18.1%	47.4%	2384 (3929)
Sexo ^a				
Hombres	14,7%	14,7%	70,7%	4424(5135)
Mujeres	41,3%	19,3%	39,4%	2085(3212)
Grupos de edad				
20-29 años	32,8%	15,6%	51,6%	2676(3416)
30-39 años	23,9%	27,3%	48,9%	2332(2505)
40-49 años	41%	11,5%	47,4%	3173(5014)
50 y más años	42,9%	15,9%	41,3%	2579(4510)
Clase ocupacional				
Técnico asistencial	38,9%	20,4%	40,8%	2126(2939)
Técnico especializado	26,6%	10,9%	62,5%	4428(6058)
Profesional director o Jefe	31%	19,7%	49,3%	2385(2906)
Años laborados				
1-9 años	31,8%	20,5%	47,7%	2397 (3026)
10-19 años	41,3%	18,8%	40%	2866 (5118)
20-29 años	37,9%	3,4%	58,6%	3455 (4721)
30 y más años	12,5%	12,5%	75%	4390 (4701)
Tipo de nombramiento				
Interino	35,9%	21,4%	42,7%	2541(3653)
Propiedad	34,1%	16,8%	49,2%	2746(4119)

Fuente: Elaboración propia *Unidad: METs/minutos/semana

^a Asociación significativa ($p=0.00$) entre la variable nivel de actividad física y el sexo.

Analizando la cantidad de actividad física que realiza la población de estudio, tal y como se detalla en la tabla #6, se encontró que 34.5% no cumple con las recomendaciones de actividad física de la O.M.S. al poseer un nivel bajo de actividad física.

La tabla #6 muestra el nivel de actividad física clasificado en tres categorías: nivel bajo, nivel medio y nivel alto. Mediante esta categorización se encontró que el sexo tiene una asociación significativa con respecto al nivel de actividad física ($p=0.00$), demostrando que los hombres reportaron mayor nivel de actividad física, con solo 15% con nivel bajo de actividad física; mientras que una mayor proporción de mujeres reportaron un nivel actividad física bajo y medio, siendo únicamente 39% las que fueron clasificadas con un nivel de actividad física alto (comparado con 71% de los hombres).

Las demás variables no mostraron ningún tipo de asociación estadísticamente significativa con respecto a las variables de nivel de actividad física.

Además de ello 52.6% de la población gasta entre 5 y menos de 10 horas en actividades donde se encuentre acostado o sentado, excluyendo las horas mientras duerme, denotando la gran cantidad de tiempo dedicado a actividades sedentarias.

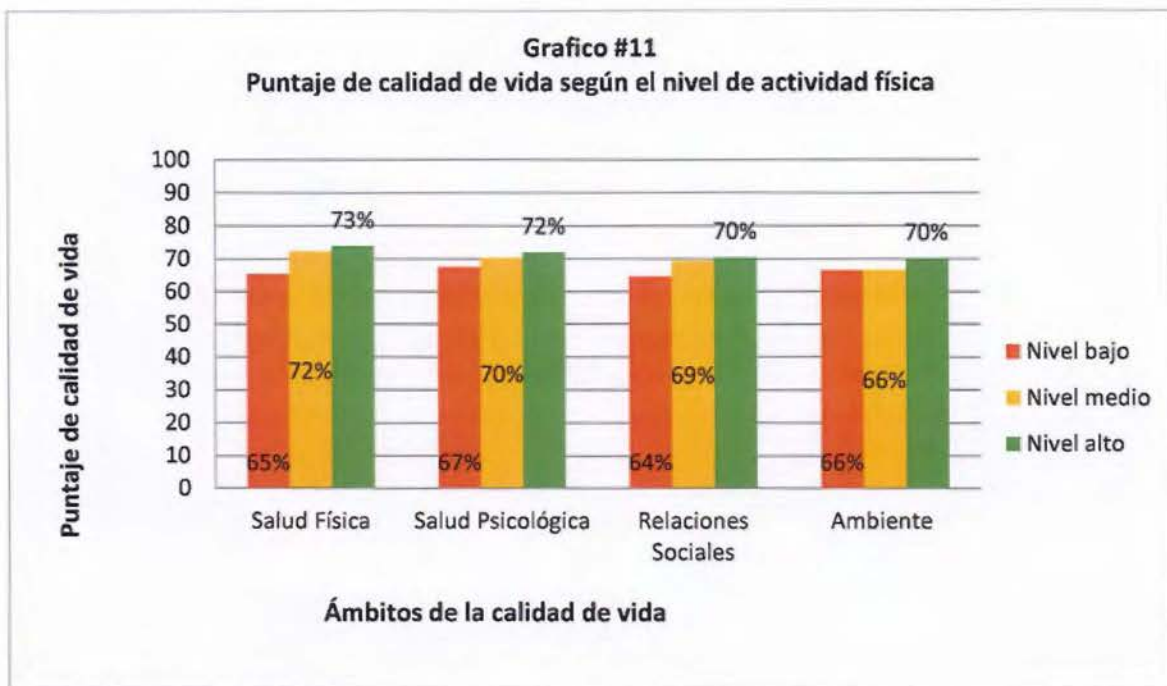
E. Relación entre la calidad de vida, el nivel de actividad física, el índice de masa corporal y la presencia o ausencia de obesidad abdominal

Tabla #14

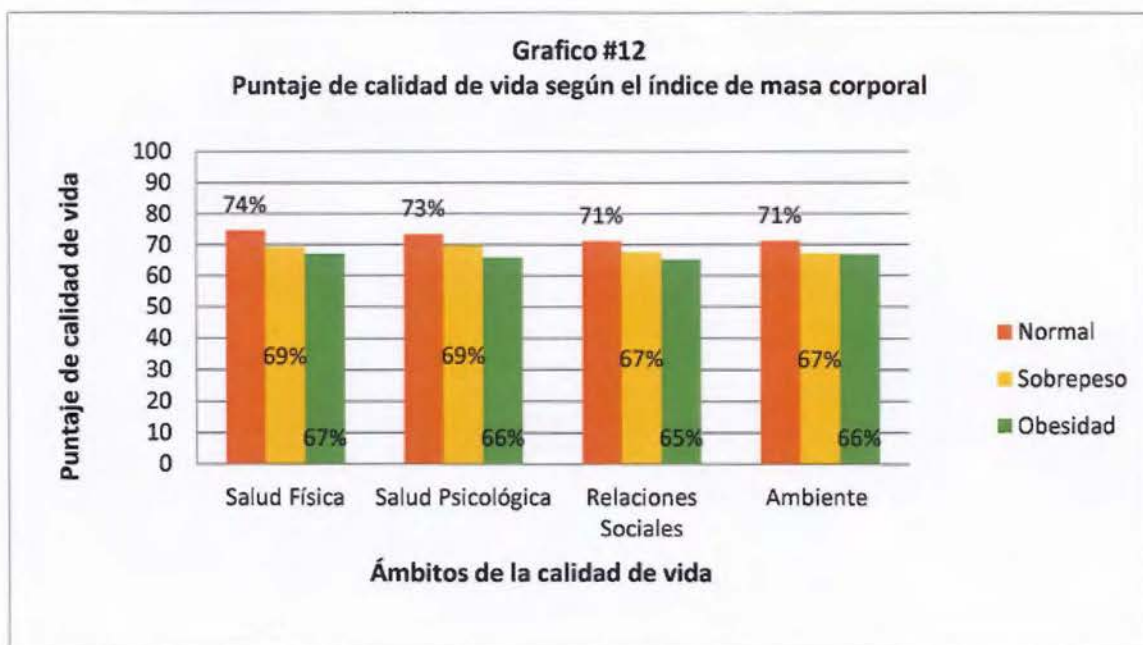
Cuadro resumen de los ámbitos de calidad de vida según índice de masa corporal y nivel de actividad física.

Nivel de actividad física-Clasificación IMC /Ámbito	Salud Física	Salud Psicológica	Relaciones Sociales	Ambiente
Nivel bajo	65,3*	67,5	64,6	66,5
Nivel medio	72,3	70,3	69,5	66,6
Nivel alto	73,8	72	70,4	70
Significancia	0.000	0.075	0.062	0.094
IMC				
Normal	74,56	73,4	71,07	71,16
Sobrepeso	69,2	69,7	67,59	67,12
Obesidad	67,1*	65,91*	65,13	66,9*
Significancia	0.004	0.006	0.117	0.018

Fuente: Elaboración propia * Diferencia estadísticamente significativa <0.05



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la actividad física y su influencia en la calidad de vida de la población de estudio se encontró que en el ámbito de la salud física existe una diferencia significativa ($p=0.00$) según el nivel de actividad física, mostrando como las personas con un nivel de actividad física bajo poseen menores valores con respecto a los otros dos grupos. Además a la hora de analizar ambas variables según el sexo se encontró una diferencia significativa ($p=0.04$) en el ámbito de relaciones sociales para las mujeres, indicando un menor puntaje de calidad de vida en este ámbito en las mujeres con el nivel bajo de actividad física.

Para los demás ámbitos no se encuentran diferencias significativas según el nivel de actividad física o las variables sociodemográficas estudiadas.

Por otra parte, relacionando el índice de masa corporal y los ámbitos de la calidad de vida se encontró que el I.M.C. afecta a la población de estudio en los ámbitos de salud física ($p=0,003$) salud psicológica ($p=0,005$) y ambiente ($p=0,007$). Cuando hablamos de salud física las personas con obesidad muestran menores puntajes con respecto a las personas con sobrepeso y peso normal para su estatura, patrón que se repite en los ámbitos de psicológico y ambiente. Al realizar el análisis de ambas variables según las categorías sociodemográficas del estudio se encuentra el mismo patrón para toda la población.

Tabla #15

Cuadro resumen del puntaje de los ámbitos de calidad de vida según la presencia de obesidad abdominal en hombre y mujeres

Sexo	Obesidad abdominal/ ámbito de calidad de vida	Salud Física	Salud Psicológica	Relaciones Sociales	Ambiente
Mujeres	Sin Obesidad Abdominal	71,7	71,2	70,1	69,5
	Con Obesidad Abdominal	63,74*	64,8*	62,5*	65,4*
Significancia		0.001	0.005	0.002	0.015
Hombres	Sin Obesidad Abdominal	73,2	71,3	67,7	67,9
	Con Obesidad Abdominal	75,6	75,5	72,7	66,6

Fuente: Elaboración propia

* Diferencia estadísticamente significativa ≤ 0.05

Como puede observarse en la tabla #15, al relacionar la presencia o ausencia de obesidad abdominal con los ámbitos de la calidad de vida, se encontró que en el caso de las mujeres, en todos los ámbitos las que presentan obesidad abdominal muestran valores significativamente menores con respecto a las que no presentan obesidad abdominal. No así en el caso de los hombres, donde los puntajes de los cuatro ámbitos son iguales para los sujetos con y sin obesidad abdominal.

Tabla #16

Cuadro resumen del nivel de actividad física según la presencia o ausencia de obesidad abdominal en mujeres y hombres.

Sexo	Obesidad abdominal / Nivel de actividad física	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel alto
Mujeres ^a	Sin Obesidad Abdominal	56,4%	58,4%	51,7%
	Con Obesidad Abdominal	32,6%	20,7%	10%
Hombres ^b	Sin Obesidad Abdominal	8,9%	11,3%	33%
	Con Obesidad Abdominal	1,9%	9,4%	5%

Fuente: Elaboración propia

^a Asociación significativa entre la obesidad abdominal y el nivel de actividad física en mujeres.

^b Asociación significativa entre la obesidad abdominal y el nivel de actividad física en hombres.

En las mismas circunstancias se encontró una relación significativa tanto en mujeres ($p=0.009$) como en hombres ($p=0.044$) con respecto a la presencia o ausencia de obesidad abdominal según el nivel de actividad física, mostrando que el nivel de actividad física bajo presenta el mayor porcentaje de mujeres con obesidad abdominal, mientras que los niveles de actividad física alto presentan mayores porcentajes de personas sin obesidad abdominal tanto en hombres como en mujeres.

Tabla #17

Cuadro resumen del nivel de actividad física según el índice de masa corporal

IMC/ Nivel de actividad física	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel alto
Normal	31,1%	14,2%	54,7%
Sobrepeso	33,1%	21,2%	45,8%
Obesidad	42%	18,1%	39,1%

Fuente: Elaboración propia *p=0.055

En cuanto a la actividad física relacionada con el índice de masa corporal no se encontró una relación significativa, por lo tanto se concluye que las variables son independientes para esta población de estudio.

Capítulo V

Discusión

Tal y como se pudo constatar en el capítulo anterior, se determina que la calidad de vida de la población de estudio posee puntajes de 70.64 para salud física, 68.27 para relaciones sociales, 70.20 para salud psicológica y 68.25 para salud ambiental, todos en una escala de 100 puntos. Al analizar estos puntajes obtenidos se puede encontrar que, al ser una población que de cierta forma no es caracterizada por una enfermedad, como se hace en la mayoría de estudios de calidad de vida, o bien no es una población con un tipo de trabajo que presente condiciones difíciles o riesgosas para su desempeño, exhibe valores mayores con respecto a este tipo de poblaciones, indicando que a pesar de no tener los puntajes máximos que brinda el instrumento si tiene valores superiores al de poblaciones que poseen algún tipo de problema específico que muestra un detrimento en su salud. Así pues, en la tabla número 11 se puede constatar que las poblaciones a las cuales se les ha aplicado el instrumento WHOQoL-Bref muestran sus diferentes puntajes dependiendo de las condiciones propias y ambientales de la población de estudio.

Tabla #18
Tabla resumen de estudios de calidad de vida

Puntaje /Población	Ámbito Salud Física	Ámbito Relaciones sociales	Ámbito psicológico	Ámbito Salud Ambiental
Trabajadores administrativos Universidad de Costa Rica, 2014	70.64	68.27	70.20	68.25
Profesores Universitarios Universidad de Costa Rica, 2011	88	75	81	75
Mujeres con cáncer de mama Colombia, 2009	62.0	63.2	66.8	64.6
Adultos de la ciudad de Curitiba, 2012	56.6	63.3	71.8	64.4
Profesores de educación básica Brasil, 2014	65.7	73.1	68.6	53.9
Trabajadores de Monotaxis, Brasil, 2013	42.4	61.6	43.1	28.5
Pacientes con diabetes sin depresión, Iran 2015	64.8	90.2	46	52.7
Pacientes con diabetes y depresión, Iran 2015	58.3	90.5	36.8	43.4

Fuente: realización propias basado en: Salas Zapata & Grisales Romero, 2010; Pucci, S. Reis, R. Rech, & C. Hallal, 2012; Felden Pereira, Stefani Texeira, Andrade, & da Silva-Lopez, 2014; Brito Teixeira, et al., 2015; Derakhshanspour, Ali Vakili, Farsinia, & Mirkarimi, 2015. Rojas Muñoz & Trejos Abarca, 2011.

El anterior cuadro comparativo nos permite ver como los puntajes mayores son obtenidos por los Profesores Universitarios de la Universidad de Costa Rica, al menos en la mayoría de los ámbitos, donde sólo se ven superados en el ámbito de las relaciones sociales, en este caso por los pacientes con diabetes iraníes, el cual se justifica en dicho estudio a las buenas relaciones entre los pacientes y sus familias y allegados. Es por ello que se rescata que el tipo de trabajo tiene una influencia preponderante en cuanto a la calidad de vida y sus ámbitos, y de igual forma la presencia de una enfermedad o alguna condición que modifique su salud, confirmando la relación entre la salud y la calidad de vida.

Respecto al anterior planteamiento García Viniegras confirma que:

“La calidad de vida y salud tienen una doble relación, en la medida en que la salud es una dimensión importante de la calidad de vida y, al mismo tiempo, un resultado de ella. Lo primero se justifica por el papel que desempeñan los indicadores objetivos de la salud en los niveles de calidad de vida alcanzados. Lo segundo, porque los bajos niveles de calidad de vida producidos por el deterioro de cualquiera de sus áreas componentes (familiar, laboral, vínculos de pareja), pueden favorecer la aparición de enfermedades, ya sea por las respuestas psiconeuroinmunológicas que se producen en el organismo acompañando las reacciones de estrés. O porque la reducción de tales niveles puede inducir al abandono de hábitos de vida saludables y a la incorporación de hábitos nocivos; esto sucede porque, en general, en esos casos los comportamientos de autocuidado de la salud se desatienden” (Victoria García-Viniegras, 2008)

Específicamente comparando las dos poblaciones estudiadas en la Universidad de Costa Rica, es que podemos notar que a pesar de compartir el mismo espacio físico, los puntajes de calidad de vida difieren, dando sustento a la hipótesis de la

influencia del trabajo, y en este caso de las funciones sobre la calidad de vida de las personas, ejemplificado en todos sus ámbitos. Además confirma las diferencias entre los puntajes obtenidos por las diferentes clases ocupacionales encontradas principalmente entre la clase técnica asistencial y los técnicos especializados, profesionales, jefes y directores.

Los datos encontrados en esta investigación con respecto al I.M.C. determinaron que 63.8% de la población se encuentra en una condición de sobrepeso u obesidad, estos datos se pueden asociar al aumento del sobrepeso y la obesidad de la población, así pues para el año 2006, Alemán y Salazar en su estudio "Nivel de actividad física, sedentarismo y variables antropométricas en funcionarios públicos" realizado con 84 trabajadores del Programa de Atención Integral de Salud convenio Universidad de Costa Rica-CCSS, mostraban que el promedio de IMC para su población estudiada era $24,94 \pm 4,28$, mostrando 2 puntos menos por debajo al promedio del estudio actual. (Alemán & Salazar, 2006)

Cuando se realiza la comparación de este I.M.C. según su clasificación con los obtenidos por Alemán y Salazar se constata el aumento marcado en el sobrepeso y obesidad en poblaciones de trabajadores universitarios, donde ellos encontraron una carga del 37% para sobrepeso y obesidad, mientras que en el estudio actual esta carga aumenta. (Alemán & Salazar, 2006)

De igual forma al comparar los resultados del presente estudio con los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición en el año 2009 se encuentra que el promedio nacional se encuentra un 1.8% más bajo, con 62% de sobrepeso y obesidad. (Ministerio de Salud, 2009)

Uno de los aspectos hallados en la presente investigación fue la relación existente entre el aumento del I.M.C. relacionado con la edad, al respecto la literatura señala que el significado que hemos asignado a la comida ha cambiado de manera radical con el tiempo y ha ido adaptándose continuamente a nuevos modelos sociales

y culturales. Entre los factores que han influido en el cambio del patrón de alimentación cabe señalar las comidas fuera de casa, el tamaño de las raciones, oferta de alimentos de elevada palatabilidad y la escasa disponibilidad de tiempo libre debida a las largas jornadas laborales hace que las personas prefieran dedicar este tiempo a actividades de ocio, en la mayoría de las ocasiones sedentarias. (Garaulet, et al., 2008).

Este cúmulo de factores tiene esa estrecha relación con las edades de las personas de esta investigación, teniendo en cuenta que el aumento del I.M.C. se da cuando este tipo de factores se sostienen durante los años, mostrando dirección ascendente de ambos, siguiendo la tendencia que dicta que a mayor edad se incrementa el índice de masa corporal. Sin embargo la literatura no muestra una prueba fehaciente de que por sí sola la edad tenga una influencia sobre el sobrepeso u obesidad de las personas, siempre teniendo en cuenta que más allá de la edad los estilos de vida que se llevan con los años serán los encargados de determinar el aumento o disminución del peso corporal. De igual forma la variable de la circunferencia de cintura muestra que 18.7% de hombres y 25% de las mujeres presentan obesidad abdominal asociada a su sobrepeso u obesidad, y tal y como se pudo visualizar en el capítulo anterior al menos en el caso de las mujeres esta al igual que el IMC se ve asociada a la edad, por lo que se comprende que más allá que su influencia propia, su debido aumento o disminución sugiere la influencia de otras variables ajenos a la edad y no sólo ella per sé.

Con respecto al nivel de actividad física, se pudo constatar que el 34.5% de las personas poseen un nivel de actividad física bajo. Este valor se encuentra muy por debajo del mencionado por Fernández Trejos y colaboradores, los cuales indican que basado en los Análisis de la Situación de la Salud realizados durante el año 2013 con una muestra de 666 funcionarios en 15 diferentes unidades de trabajo de la Universidad de Costa Rica, se presenta un 61% de sedentarismo y refieren la falta de tiempo como principal causa.

En comparación con la Encuesta de los Factores de Riesgo Cardiovascular se logró demostrar una reducción, teniendo en cuenta que el porcentaje obtenido por la muestra de ese estudio para un nivel de actividad física bajo o nulo fue de 50,9%. De igual forma se obtuvo un aumento en lo que respecta al nivel de actividad física alto, esto porque el valor porcentual mostrando por la Caja Costarricense del Seguro Social correspondió a un 34.3% mientras que en este estudio se obtuvo 47.4% para el mismo nivel. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2011)

Haciendo una comparación por las edades, la Caja Costarricense del Seguro Social encontró que la actividad física alta, en el sexo masculino representó el mayor porcentaje 47,2%, predominantemente en el grupo de edad de 20 y 39 años, sin embargo en la misma línea las mujeres del mismo grupo de edad presentaban tan sólo 22,5%. En relación a la actividad física baja, el sexo femenino aporta el mayor porcentaje, 63,4% y el grupo de edad en ambos sexos, que presenta el menor nivel de actividad física fue el grupo de 65 años y más. Todo esto es consecuente con los valores encontrados en la presente investigación donde se refuerzan los valores nacionales al encontrar un mayor porcentaje en el nivel de actividad física bajo por parte de las mujeres y una reducción de la actividad física para las personas con mayor edad del estudio.

Esta misma tendencia fue encontrada por Hamrik y colaboradores donde en un estudio con 1753 personas de ambos sexos con edades entre los 18 y los 90 años durante el año 2011. Al respecto ellos mencionan que con el incremento de la edad la proporción de mujeres y hombre con un nivel de actividad física bajo aumenta, mientras que los niveles de actividad física alta se disminuyen (Hamrik, Sigmundova, Kalman, Pavelka, & Sigmund, 2014)

En la misma línea de ideas Ruiz y colaboradores mencionan que según un estudio europeo (Martínez-González, et al., 2001), una baja participación en actividades deportivas, una ausencia de interés en participar en la actividad física y un alto número de horas de permanencia sentado en el trabajo son predictores

significativos de la obesidad, habría que reconsiderar la realidad de cada uno de los estratos profesionales estudiados para tomar medidas al respecto. Este es uno de los puntos a considerar en la población de estudio de esta investigación ya que a pesar de que no se reconocen diferencias estadísticamente significativas, se debería hacer un análisis exhaustivo mediante otros métodos con el fin de determinar la relación con el peso corporal (Ruiz, De Vicente, & Vegara, 2012)

De igual forma al hacer un análisis de los hallazgos encontrados con la relación de las principales variables del estudio se encontró que al hablar de la influencia de la actividad física sobre la calidad de vida diferentes estudios avalan los beneficios en los diferentes ámbitos. Por ejemplo Fraga y colaboradores encontraron que en un grupo de 59 mujeres mayores de 65 años el ejercicio físico sistemático, realizado tres veces a la semana, interfiere de una manera positiva con la calidad de vida de las mujeres de edad avanzada. A su vez las mediciones realizadas mostraron aumento significativo de las condiciones de la resistencia aeróbica, la autonomía funcional y la calidad de vida. Además llegaron a la conclusión de que la recreación, y la caminata guiada y regular pueden mejorar los aspectos físicos, sociales y psicológicos de la persona de edad avanzada, y, en consecuencia, la autonomía funcional: mayor precisión en las actividades de la vida diaria. (Fraga, Cader, Ferreira, Giani, & Dantas, 2010)

En ese mismo sentido se encontró una relación significativa e inversa entre la puntuación global de calidad de la vida y las variables de actividad física, en el estudio realizado por Derakhshanpour y colaboradores con 330 personas con diabetes, demostrando nuevamente el poder de la actividad física sobre la calidad de vida. (Derakhshanpour, Ali Vakili, Farsinia, & Mirkarimi, 2015)

Con respecto al aporte del Índice de masa corporal en la calidad de vida se encontró en esta investigación que el efecto de la obesidad sobre la salud física, la salud psicológica y las relaciones sociales era significativo con respecto a los pesos

menores a este. Al respecto Pan y colaboradores en un grupo de 67 participantes taiwaneses demostraron que para esta población la intervención de estilo de vida convencional era una herramienta valiosa para la pérdida de peso corporal ideal. Además han traído a conciencia a la comorbilidad psicológica en la obesidad, concuerdan con otros autores en que exista una mejora significativa en la calidad de vida después de la pérdida de peso, principalmente basándose en literatura donde se ha documentado, los efectos de la cirugía de bypass gástrico, donde hay una dramática pérdida de peso. (Pan , Cole, & Geliebter, The benefits of body weight loss on health-related quality of life, 2011)

De la misma manera Dinc y colaboradores estudiaron en 1602 mujeres en edad reproductiva el peso que podía tener la obesidad en la calidad de vida. Al respecto encontraron que las mujeres que tenían valores en el índice de masa corporal por encima de lo normal, a su vez también reportaban valores estadísticamente más bajos en la calidad de vida, excepto en el dominio ambiental, tal y como fue encontrado en la presente investigación, justificando en ambos casos dichos resultados basados en los ítems incluidos en el dominio de ambiente, en el cual se tocan muchas variables de acceso principalmente por medios económicos. Esto al no ajustarse por dichas variables podría interferir en su interpretación. (Dinç, et al., 2006)

En este mismo orden y dirección cuando se evalúa la variable de la obesidad abdominal el estudio de Dinc muestra que las dimensiones físicas, psicológicas y sociales de la calidad de vida tenían asociaciones negativas persistentes con el grado de sobrepeso y obesidad. De igual manera este estudio sugiere que a pesar de que su muestra se basaba únicamente en mujeres la relación inversa entre el peso corporal y la calidad de vida fue más aparente en las mujeres en otros estudios del mismo corte y con ambos géneros.

Los resultados de esta investigación en comparación con otras investigaciones similares, nos muestra que uno de los principales elementos de la calidad de vida y de la actividad física de las poblaciones lo componen la forma de desplazamiento, al respecto se ha encontrado en la población de estudio que el 53% lo hace en su vehículo particular, siendo este porcentaje bastante alto cuando se compara con el 4% que lo hace caminando, en tren o en bicicleta. Con referencia a lo anterior es conocido por diferentes estudios que el transporte activo (p. ej., caminar o andar en bicicleta al trabajo o destinos diarios) es un medio importante de incorporar más actividad física en la vida de las personas, tal y como lo menciona Dora y colaboradores recopilando autores como O.M.S., Branca, Cavalli y Boone Heinonen. (2011).

Dora y colaboradores también mencionan que una revisión sistemática realizada por la Organización Mundial de la Salud en el 2004 acerca del transporte activo ha encontrado que las personas que se desplazan en bicicleta viven vidas más largas y tienen menos enfermedades cardiovasculares que personas que se desplazan en vehículos motorizados. (Dora, Hosking, Mudu, & Fletcher, 2011)

Además se pone de ejemplos dos estudios de largo plazo, realizados, en Copenhague y Shanghái, donde se encontró que los índices de mortalidad anual de los ciclistas era un 30% menos, en promedio, que los viajeros que no se desplazaban de manera activa o realizaban ejercicio (Dora, Hosking, Mudu, & Fletcher, 2011)

Sin embargo, las posibilidades de tener un transporte activo y poder gozar de sus beneficios no solamente depende de la adquisición del comportamiento de la persona, sino también de las facilidades con las que se cuente para poder adquirir el hábito. Por ejemplo el uso de políticas que beneficien el transporte activo es fundamental, situación que a la hora de realizar este estudio se tiene la certeza de que no existen tales a nivel nacional ni a nivel universitario para el incentivo de esta forma de desplazamiento entre los trabajadores.

Asimismo, políticas que fomenten el desarrollo y uso de bicicletas eléctricas, pueden ser exploradas, principalmente por el tipo de geografía que se tiene en la parte central de Costa Rica. La bicicleta eléctrica combina algunas de las ventajas de los viajes en motocicleta (mayor autonomía y velocidad) con los de la bicicleta (fuente de energía limpia y oportunidades de moderar la actividad física). (Dora, Hosking, Mudu, & Fletcher, 2011)

En cuanto a la influencia del uso de infraestructura y programas de movimiento humano ofrecidos por la Universidad de Costa Rica y que afectan la calidad de vida de los trabajadores administrativos, se encontró que las actividades más practicadas por la población pueden ser realizadas en el Campus Rodrigo Facio, lugar de trabajo de la población de estudio, facilitando así la práctica de actividades físicas, incluso apoyada en algunos programas como lo son "cardiobaile" y el "gimnasio universitario" por ejemplo. Además de ello se encontró que la infraestructura propicia el mantenimiento de los niveles recomendados de actividad física y con ello el mejoramiento de la salud, y la calidad de vida de la población trabajadora.

Esto es bien entendido por las autoridades universitarias ya que tal y como lo plantea la literatura, la reducción de los costos médicos y la utilización de servicios asistenciales (Bell BC, 1992), reducción del abstencionismo laboral (Baun WB, 1986), el mejoramiento del bienestar mental (Fox, 1999), son algunos de los beneficios que se pueden encontrar en las poblaciones que cuentan con facilidades para el movimiento humano.

En el mismo orden de ideas se encontró que la principal razón que brindan las personas para no realizar actividad física responde a un factor personal como lo es la falta de tiempo. Este hecho que es ampliamente conocido por la literatura y constituye la principal razón de abandono de las actividades deportivas (Neumark-Sztainer D, 2003).

Capítulo VI

Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

- A. La calidad de vida de la población administrativa de la Universidad de Costa Rica en la sede Rodrigo Facio es menor que la presentada por docentes de la misma Universidad en años anteriores.
- B. El porcentaje de sobrepeso y obesidad en la población de estudio es alto, incluso superior al promedio nacional.
- C. Según el estudio de la calidad de vida realizado, en la población de estudio una tercera parte tiene un nivel de actividad física bajo y esto disminuye su salud física, además una cuarta parte de la población padece de obesidad afectando su ambiente, relaciones sociales y salud física.
- D. Se demuestra que el sobrepeso y obesidad tienen un gran peso en la calidad de vida de la población de estudio, por ende las personas con esta condición se encuentran en desventaja con respecto a las personas que poseen un IMC normal.
- E. La edad cumple un rol preponderante en la población de estudio, esta se relaciona con una baja salud física en la etapa entre los 40-49 años de edad, edad en la que se da una propagación de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- F. El nombramiento en propiedad asociado a los años laborados muestra una influencia en la calidad de vida principalmente en el ámbito de la salud física donde se encuentran valores más bajos en comparación con las personas interinas, en el caso de las mujeres también se relaciona este tipo de nombramiento con una mayor obesidad abdominal.
- G. En cuanto al género se encontró que los hombres presentan los porcentajes mayores de actividad física alta, mientras que las mujeres presentan los porcentajes mayores de actividad física baja, sin embargo al hablar acerca de este tema con los participantes del estudio, a pesar de que la mayoría comenta la falta de tiempo como la principal barrera para aumentar su actividad física,

las mujeres lo hacen ya que deben de dedicar parte de su tiempo a labores domésticas, mientras que los hombres al trabajo extra.

- H. La presencia o ausencia de obesidad abdominal se encuentra relacionada con el nivel de actividad física, mostrando que el nivel de actividad física bajo en mujeres se asocia con el alto porcentaje de obesidad abdominal.
- I. El poseer un puesto como técnico asistencial se relaciona con menor puntaje en la calidad de vida, específicamente en los ámbitos de salud psicológica y ambiente, notando como los aspectos mentales individuales y el acceso a diferentes aspectos en la vida de estos trabajadores se ve disminuido con respecto a las demás clases ocupacionales.
- J. Las mujeres presentan mayores porcentajes de obesidad abdominal en las edades entre los 20 y los 29 años, sin embargo esos porcentajes se ven disminuidos conforme se aumenta la edad de las mujeres.
- K. Se demuestra la gran vulnerabilidad que tienen las mujeres con respecto a su calidad de vida, ya que las que poseen obesidad tienen los menores puntajes de calidad de vida de toda la población de estudio, representando un 16,7%.
- L. Una vez más se demuestra que la actividad física funciona como factor protector contra la obesidad y a su vez contra las enfermedades crónicas no transmisibles. También se puede notar como el incremento en la actividad física mejora la calidad de vida, razón para promocionarla como eje transversal en los programas institucionales del mejoramiento del recurso humano.
- M. A pesar de que las personas reconocen la infraestructura y los programas ofrecidos por la Universidad de Costa Rica, no todos han sido enfocados en los trabajadores administrativos

6.2 Recomendaciones

- A. Las condiciones de calidad de vida de los funcionarios de la Universidad de Costa Rica deben de ser prioridad en las políticas y programas universitarios debido a la gran cantidad de empleados que posee y a la gran cantidad de años que brindan estas personas a las labores que realizan para la institución.
- B. La Promoción de la Salud debe seguir siendo clave para el mejoramiento de las condiciones de vida en toda la población universitaria.
- C. Se debe de crear un sistema de vigilancia en salud en coordinación con la Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Bienestar y Salud para la población trabajadora de la Universidad de Costa Rica con el fin de monitorear los principales indicadores y hacer una correcta toma de decisiones que permita el mantenimiento y mejoramiento de las condiciones laborales.
- D. En el caso de los trabajos más sedentarios (administrativos) se debe de aumentar el tiempo dedicado a la actividad física en el tiempo libre y optar por medidas más profundas relacionadas con el entorno laboral, como la inclusión de los transportes activos o las pausas activas. La disminución del sobrepeso y obesidad, así como del sedentarismo y la obesidad abdominal deben ser parte de las estrategias que tome la Universidad de Costa Rica para el mejoramiento de las condiciones de sus colaboradores.
- E. Fortalecer los programas enfocados en salud que se dediquen exclusivamente al trabajador administrativo en riesgo, con tal de contrarrestar los efectos nocivos que podrían tener las enfermedades crónicas no transmisibles en el rendimiento laboral y en la calidad de vida de las personas trabajadoras. Para ello la Escuelas con profesionales en el tema podrían dar apoyo a la Oficina de Bienestar y Salud y a la Oficina de Recursos Humanos.
- F. A pesar de que el instrumento GPAQ es de gran validez y de fácil aplicación puede tener un gran peso la subjetividad de la persona, tergiversando la realidad en cuanto al tiempo dedicado a la actividad física, se recomienda que de ser utilizado se verifique con la persona las respuestas anotadas o simplemente utilizar un método de medición directa.

- G. La estrategia de grupos focales tiene un impacto muy bajo en la convocatoria de este tipo de población, por lo que se recomienda en futuros estudios aplicar la entrevista u algún otro método de recolección de información.
- H. El modelo aplicado en esta investigación solo contempló una visita al lugar de trabajo de los sujetos por motivo de tiempo, sin embargo en futuras investigaciones podría analizarse la posibilidad de realizar más mediciones y también seguimiento a las personas que no pudieron participar por diferentes motivos, por ejemplo ese día tenían incapacidad, estaban de vacaciones, entre otros.
- I. La calidad de vida es un tema que no ha sido tan explorado en Costa Rica, aún quedan muchos vacíos en la literatura tanto de esta, como de su relación con diferentes factores, por lo que se recomienda que la Universidad dé una mirada al mejoramiento de ella mediante el apoyo investigativo que podría tener un gran efecto en la población costarricense.
- J. Este estudio ha sido un paso en la investigación de una temática poco común, en una población representativa dentro del sector público, sin embargo el análisis que se puede desprender del trabajador de otras instituciones gubernamentales debe ser realizado, con el fin de obtener el perfil del trabajador del empleado público, que a pesar de no ser único si tiene una gran peso en la distribución de la población en Costa Rica.

Bibliografía

Hernández Montoya, W. I. (Julio de 2000). Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población obrera industrial de la provincia de Cartago. *Revista. Costarricense Salud Pública*, vol.9 (n.16).

- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos Conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX*, 9-21.
- Alberta, U. d. (2005). *Carta de Emonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior*. Edmonton, Canada.
- Alemán, C., & Salazar, W. (2006). *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 4(1), 1-12.
- Angarita Fonseca, A. (2010). Evaluación de la reproductibilidad del international physical activity questionnaire (IPAQ) y del global physical activity questionnaire (GPAQ) en una población adulta del área urbana de Bucaramanga. *Tesis para optar por el título de master en epidemiología*. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander.
- Baun WB, B. E. (1986). A preliminary investigation: Effect of a corporate fitness program on absenteeism and health care cost. *Journal of Occupational Medicine*, 28(1), 18-22.
- Bell BC, B. D. (1992). The effects of an employee fitness program on health care costs and utilization. *Health Values*, 16(3), 3-13.
- Booth, M. (2000). Assesment of physical activity: an international perspective. *Res Q Exercise Sport*, 71(2), S114-20.
- Botero, B. E., & Pico, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24.
- Bray, G. (2003). *Historical framework for the development of ideas about obesity*. In: *Handbook of obesity*. New York: Marcel Dekker Inc.
- Brito Teixeira, J. R., Nagib Boery, E., Casotti, C. A., de Araújo, T. M., Pereira, R., Santos Ribeiro, Í. J., . . . Nogueira Sales, Z. (2015). Asociación entre aspectos psicosociales del trabajo y calidad de vida de mototaxistas. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1). doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00214313>
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2011). *Encuesta de factores de riesgo cardiovascular*. San José: CCSS.
- Derakhshanpour, F., Ali Vakili, M., Farsinia, M., & Mirkarimi, K. (2015). Depression and Quality of Life in Patients With Type 2 Diabetes. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(5), 1-6. doi:10.5812/ircmj.17(5)2015.27676
- Dinc, G., Eser, E., Saatli, G., Atman Cihan, Ü., Oral, A., Baydur, H., & Özcan, C. (2006). The relationship between obesity and health related quality of life of women in a Turkish city with high prevalence of obesity. *Asian Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 15(4), 508-515.

- Dinç, G., Eser, E., Saatli, G., Cihan, Ü., Oral, A., Baydur, H., & Özcan, C. (2006). The relationship between obesity and health related quality of life of women in a Turkish city with high prevalence of obesity. *Asia Pacific Journal Clinical Nutrition*, 15(4), 508-515.
- Dora, C., Hosking, J., Mudu, P., & Fletcher, E.-R. (2011). Transporte Urbano y Salud, Módulo 5g . En D. G. GmbH, *Transporte Sostenible: Texto de Referencia para formuladores de políticas públicas de ciudades en desarrollo*. Dominik Schmid.
- Felden Pereira, É., Stefani Texeira, C., Andrade, R., & da Silva-Lopez, A. (2014). Trabajo docente y calidad de vida en los profesores de educación física. *Revista de Salud Pública*, 2(16), 221-231.
- Fernandez Trejos, F., Herrera Céspedes, F., Solano González, A., & Solano González, J. (2014). Fortalecimiento de la atención integral de la salud del personal que labora en la Universidad de Costa Rica. *VII Congreso Universitario* . San José.
- Flórez Espitia, M. (2011). *Prevalencia de sobrepeso y obesidad por índice de masa corporal, porcentaje de masa magra y circunferencia de cintura en niños escolares de un colegio militar en Bogotá D.C. Colombia*.
- Fox, K. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2(3), 411-418.
- Fraga, M. J., Cader, S. A., Ferreira, M., Giani, T., & Dantas, E. (2010). Aerobic resistance, functional autonomy and quality of life (QoL) of elderly women impacted by a recreation and walking program. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, e40-e43.
- Garaulet, M., Puy, M., Pérez Llamas, F., Cuadrado, C., Leis, R., & Moreno, M. J. (2008). Obesidad y ciclos de vida del adulto. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 150-155.
- Global Advocacy for Physical Activity (GAPA) the Advocacy Council of the International Society for Physical Activity and Health (ISPAH). NCD Prevention: Investments that Work for Physical Activity. (Febrero de 2011). *Inversiones que funcionan para promover la actividad física. Documento complementario a la Carta de Toronto: un llamado para la Acción*. Recuperado el 2 de Mayo de 2012, de GAPA: www.globalpa.org.uk/investmentsthatwork
- Gómez Melgenberg, E. (2009). Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *TOG (A Coruña)*, 6(9).
- Grundy, S., Cleeman, J., Daniels, S., Donato, K., Eckel, R., Franklin, B., . . . Costa, F. (2005). Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome: An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*(112), 2735-2752. Recuperado el 3 de Noviembre de 2014, de <http://circ.ahajournals.org/>
- Guerrero, J. C. (2006). Calidad de vida y trabajo. Algunas consideraciones sobre el ambiente laboral de la oficina. *ACIMED*, 14(4).

- Hamrik, Z., Sigmundova, D., Kalman, M., Pavelka, J., & Sigmund, E. (2014). Physical activity and sedentary behaviour in Czech adults: Results from the GPAQ study. *European Journal of Sport Science*, 14(2), 193–198. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/17461391.2013.822565>
- Harris , P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (Abril de 2009). Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*, 42, 377-381. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>
- Hernández Montoya, W. I. (Enero-Junio de 2011). Iniciativa CARMEN cinco años de intervención comunitaria en enfermedad cardiovascular. *Revista Costarricense de Salud Pública* , 20(1), 52-57.
- IPAQ GROUP. (2000). *International Physical Activity Questionnaire*. Recuperado el 23 de Junio de 2012, de International Physical Activity Questionnaire: <https://sites.google.com/site/theipaq/home>
- López De la Torre, M., Bellido Guerrero, D., Vidal Cortada, J., Soto González, A., García Malpartida, K., & Hernández Mijares, A. (2010). Distribución de la circunferencia de cintura con respecto a la talla según la categoría del índice de masa corporal en los pacientes atendidos en consultas de endocrinología y nutrición. *Endocrinología y Nutrición*, 57(10). doi:10.1016/j.endonu.2010.06.009
- Marín, A., & Burgos, N. (10 de Marzo de 2014). *UCR busca convertirse en campus saludable*. Recuperado el 14 de Octubre del 2014, de Universidad de Costa Riica: <http://www.ucr.ac.cr/noticias/2014/03/07/ucr-busca-convertirse-en-campus-saludable/imprimir.html>
- Mcardle, W., Katch , F., & Katch, V. (1996). *Exercise Phisiology: energy, nutrition, and human performance* (4a ed.). Maryland, Baltimore: Williams and Wilins.
- Minayo, M., Hartz, Z., & Buss , P. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Ministerio de Salud. (2009). Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica 2008-2009.
- Ministerio de Salud-Ministerio del Deporte y Recreacion. (2011). *Plan Nacional de Actividad Fisica 2011-2021*.
- Mora Portuguez, J. (2013). *Análisis del marco jurídico institucional que regula el uso de la bicicleta en Costa Rica*. San José.
- Neumark-Sztainer D, S. M. (Agosto de 2003). Factors associated with changes in physical activity: a cohort study of inactive adolescent girls. *Archives of pediatrics & adolescents medicine*, 157(8). Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12912787>

- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Nicholas, G., Margono, C., . . . Biryukov, S. (29 de Mayo de 2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384, 766-781.
- Oficina de Recursos Humanos (ORH) de la Universidad de Costa Rica. (2006). *Manual Descriptivo de Clases de Puestos*. Recuperado el 20 de Junio de 2012, de Oficina de Recursos Humanos : <http://www.orh.ucr.ac.cr>
- OMS. (1998). *El fomento de la actividad física en y mediante las escuelas: estatutos políticos y orientaciones para la acción*. Esbjerg, Dinamarca.
- Organización Mundial de la Salud . (2011). *Enfermedades no Transmisibles: Perfil de países*.
- Organización Mundial de la Salud. (1997). *WHOQOL Medición Calidad de Vida*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. WHO technical report series No. 916*. Genova : OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (20 de Enero de 2011). *WHO Global Infobase*. Recuperado el 1 de Setiembre de 2015, de Organización Mundial de la Salud: <https://apps.who.int/infobase/Indicators.aspx>
- Organización Mundial de la Salud. (Mayo de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. (Centro de Prensa) Recuperado el 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Perfil de países enfermedades no transmisibles 2014*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Organización Mundial de la Salud. (2009.). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. . Ginebra (Suiza):: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (1982). *Vigilancia Epidemiológica con Posterioridad a los Desastres Naturales - Guía de Estudio*. Recuperado el 30 de Julio de 2012, de Biblioteca virtual de salud y desastres: <http://helid.digicollection.org>
- Pan, H.-J., Beatriz M., C., & Geliebterb, A. (2011). The benefits of body weight loss on health-related quality of life. *Journal of the Chinese Medical Association*, 74(4).

- Pan , H.-J., Cole, B., & Geliebter, A. (2011). The benefits of body weight loss on health-related quality of life. *Journal Chinese Medical Association*. doi:10.1016/j.jcma.2011.01.038
- Pucci, G., S. Reis, R., R. Rech, C., & C. Hallal, P. (2012). Quality of life and physical activity among adults:population-based study in Brazilian adults. *Qual Life Res*(21), 1537–1543. doi:10.1007/s11136-011-0083-5
- Ramire-Zea, M. (2011). *Actividad física como factor protector de la salud*. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá – INCAP.
- Rojas Muñoz, M. N., & Trejos Abarca, D. (2011). Análisis de los determinantes alimentario-nutricional, atención médica y ambiente laboral asociados a la calidad de vida del personal docente universitario en la sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica en el año 2011. *Tesis (magíster en salud pública con énfasis en gerencia de la salud)--Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado, 2011*. San José.
- Ruiz, G., De Vicente, E., & Vegara, J. (2012). Comportamiento sedentario y niveles de actividad física en una muestra de estudiantes y trabajadores universitarios. *Journal of Sport and Health Research*, 4(1), 83-92.
- Salas Zapata, C., & Grisales Romero, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1(28), 9-18.
- Sallis, J., & Owen, N. (1998). Determinants of Physical Activity. *Physical Activity and Behavioral Medicine*, 110-52.
- Sandoval Gallegos, E. M. (2010). Obesidad: definición, clasificación, sintomatología y diagnóstico. En J. A. Morales González, *Obesidad un enfoque multidisciplinario* (págs. 145-156). Hidalgo: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Solano, J. M. (2014). Hacia una universidad saludable (estrategia) creación de circuitos biosaludables. Promoción de la cultura de la salud, movilidad activa y recreación. *VII Congreso Universitario Universidad de Costa Rica*, (págs. 1-5).
- Somarriva Arechavala, M. N. (2008). *Aproximación a la medición de la calidad de vida social e individual en la europa comunitaria*. Universidad de Valladolid, Departamento de economía aplicada.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). *2008 Physical Activity Guidelines for Americans*. WASHINGTON, D.C.
- Vargas González, W. (2014). *Obesidad: Pandemia Nacional*.
- Victoria García-Viniégras, C. R. (2008). *Calidad de Vida Aspectos teóricos y metodológicos*. Buenos Aires: Paidós.

WHOQOL Group. (1994). Evaluación de la Calidad de Vida. *Foro Mundial de la Salud, OMS*. Ginebra.

World Health Organization. (2012). *Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) Analysis Guide*.

Obtenido de http://www.who.int/chp/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf

Anexos

Anexo 1

Formulario de consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Facultad de Medicina

Escuela de Salud Pública

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Título de la Investigación

Calidad de vida del trabajador administrativo de la Universidad de Costa Rica y su relación con el nivel de actividad física, el sobrepeso y obesidad

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre del Investigador Principal: Jeancarlo Córdoba Navarrete

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Este proyecto está siendo realizado con fines académicos, para optar por el título de Maestría de Salud Pública con énfasis en Gerencia del Sistema de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, específicamente el investigador principal Jeancarlo Córdoba Navarrete cédula 1-1343-0574. Lo que pretende este estudio, es obtener información importante sobre la calidad de vida del funcionario administrativo de facultades, decanatos y escuelas de la sede Rodrigo Facio y su relación con el nivel de actividad física, el sobrepeso y la obesidad durante el año 2014.

Con esta investigación se espera obtener, luego de recolectar y codificar los datos, una serie de recomendaciones que se puedan utilizar por los jefes encargados de las tomas de decisiones a nivel universitario en pro del mejoramiento de la calidad de vida del trabajador administrativo. Además de analizar la posibilidad de repetir la metodología empleada en otras poblaciones con condiciones similares.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: La recolección de los datos del estudio está planteada para realizarse en un mes calendario iniciando el día 3 de Noviembre del 2014. La participación suya tomará un tiempo aproximado de 30 minutos.

El primer paso es comprobar el cumplimiento de los siguientes requisitos para ser parte de éste estudio, los cuales son:

1. Formar parte de los trabajadores administrativos de facultades, decanatos y escuelas que labora para la Universidad de Costa Rica en la sede Rodrigo Facio, en las fincas 1, 2 y 3.

2. Poseer una jornada laboral de tiempo completo en un solo puesto de trabajo.
3. Tener un nombramiento en alguna de las siguientes categorías que pertenecen al Manual Descriptivo de Puestos de la Universidad de Costa Rica: Estrato Técnico Asistencial, Estrato Técnico Especializado, Estrato Profesional, Estrato Mandos Medios, y Estrato Dirección. (Oficina de Recursos Humanos (ORH) de la Universidad de Costa Rica, 2006).
4. Que las funciones de su cargo le exijan permanecer en labores completamente de oficina.
5. Poseer al menos un año de experiencia en el puesto.
6. De cumplir con los requisitos, se pasa a la lectura y aclaraciones del documento del consentimiento informado.
7. Una vez leído el consentimiento informado y aclaradas las dudas se procede a la firma del mismo.

Luego del primer paso se realizarán los siguientes procedimientos:

- 1) Medición de su estatura sin zapatos utilizando un tallímetro
- 2) Medición del peso corporal sin zapatos utilizando una báscula
- 3) Medición de su cintura con una cinta métrica.
- 4) Se le brindará tres cuestionarios (formulario para participantes, Whoqol-Bref y GPAQ) para que sean llenados por usted mismo, uno para obtener información general sobre su persona, uno referido a su calidad de vida, y el último referido a la actividad física que usted realiza en el trabajo, al desplazarse y durante el tiempo libre.

El total de los procedimientos tiene una duración aproximada de 30 minutos. Se le hará entrega de los valores obtenidos en las mediciones además de una observación por parte del profesional que le atiende durante el proceso. Una vez recolectada toda la información, esta se articulará a la de otras personas y será tabulada en una base de datos que luego servirá de insumo para los diferentes análisis estadísticos y descriptivos.

C. RIESGOS:

1. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: la pérdida de privacidad con respecto a información que puede ser catalogada sensible por su persona como lo es su edad, su peso, su estatura, o su circunferencia de cintura. También puede suponer incomodidad para su persona el hecho de que el investigador le solicite quitarse los zapatos, o que el investigador utilice sobre su cuerpo la cinta métrica para la medición de la circunferencia de cintura. Además podría suponer ansiedad el hecho de tener que conocer aspectos de su salud que usted podría desconocer como su peso o estatura.
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de este estudio, los investigadores participantes

realizarán la recomendación de visitar la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica para la valoración profesional adecuada.

- D. **BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, el beneficio que obtendrá será el conocimiento de valores de su salud como lo son su estatura, el peso, el índice de masa corporal. Además de que podrá recibir recomendaciones y consejos acerca de estos valores por el investigador que le ha realizado los procedimientos anteriormente señalados. Además como resultados indirectos permitirá que con su participación los investigadores aprendan más acerca del tema en cuestión y con ello lo beneficie a usted mismo o, a otras personas en el futuro.

E. **ACLARACIONES**

- Antes de dar su autorización para este estudio, usted debe haber hablado con Jeancarlo Córdoba Navarrete o en su defecto con Mónica Mora Abarca, Lara Acuña Castillo, o Ana Incera Castro acerca de este estudio y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a Jeancarlo Córdoba Navarrete a los teléfonos 83313227 o al 25118482 en el horario comprendido entre las 8:00 a.m. y las 6:00 p.m. de lunes a viernes. De igual manera puede redactar sus dudas y enviarlas a la dirección de correo electrónico jeancarlo.cordoba@ucr.ac.cr disponible todos los días de la semana.
- Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.
- Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.
- No tendrá que hacer ningún tipo de gastos para el proyecto, ni recibirá pago por su participación

Si considera que después de leer el presente documento no hay preguntas o dudas y si las ha habido, han sido respondidas de manera clara, sírvase a firmar a continuación. Le agradecemos de antemano su tiempo y su valiosa colaboración con este trabajo.

CONSENTIMIENTO

Yo _____ he leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto

fecha

Nombre, cédula y firma del testigo	fecha
<hr/>	
re, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento	fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149 REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.
CELM-Form.Consent-Inform 06-08

No. Form

Anexo 2
Formulario para participantes

Cód. Entrev.

Trabajo Final de graduación para optar por el Máster en Salud Pública con énfasis en gerencia de la salud.

Título de la Investigación

“Calidad de vida del trabajador administrativo de la Universidad de Costa Rica y su relación con el nivel de actividad física, el sobrepeso y obesidad”

Investigador principal: Jeancarlo Córdoba Navarrete

Formulario para participantes

I. Datos Generales

1. Edad en años cumplidos: _____ 2. Sexo: _____
3. Número de años laborando en el cargo actual: _____
4. Unidad académica a la que pertenece: _____
5. Clase Ocupacional: _____ 6. Tipo de nombramiento: _____
7. Cargo: _____
8. Padecimientos diagnosticados: _____
9. Tipo de transporte al trabajo: _____
10. Distancia aproximada en Km desde su casa al lugar de trabajo: _____
11. ¿Participa regularmente de algún programa de actividad física?:
 Sí ___ ¿Cuál?: _____ ¿Dónde?: _____
 No ___ ¿Por qué?: _____
12. ¿Utiliza regularmente algún tipo de infraestructura para realizar actividad física?:
 Sí ___ ¿Cuál?: _____ ¿Dónde?: _____
 No ___ ¿Por qué?: _____

II. Valores Antropométricos

Variable	Valor		
	Toma 1	Toma 2	Toma 3
Estatura (m)			
Peso Corporal (kg)			
Índice de masa corporal IMC (kg/(m) ²)			
Circunferencia de cintura CC.(cm)			

Anexo 3
Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF

No. Form

Cód. Entrev.

Trabajo Final de graduación para optar por el Máster en Salud Pública con énfasis en gerencia de la salud.

Título de la Investigación

“Calidad de vida del trabajador administrativo de la Universidad de Costa Rica y su relación con el nivel de actividad física, el sobrepeso y obesidad”

Investigador principal: Jeancarlo Córdoba Navarrete

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

Objetivos

Validación del instrumento

Objetivo del proyecto: Analizar la calidad de vida del trabajador administrativo de las facultades, decanatos y escuelas que laboran en la sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica y su relación con el nivel de actividad física, el sobrepeso y obesidad

Objetivo del cuestionario: Determinar la calidad de vida de la población de estudio mediante el instrumento WHOQoL-Bref.

Aclaraciones: Recuerde que su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento. Por cuestiones de anonimato y protección de la información que nos proporciona NO escriba su nombre, apellidos o cualquier dato que funcione para identificarlo en este documento

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas. Por favor lea cada pregunta, valores sus sentimientos y haga un círculo o una equis en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Qué tan satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

3. ¿Los dolores físicos le afectan a la hora de realizar lo que necesita hacer?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente usted que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Qué tanto puede concentrarse?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Qué tan saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas por ejemplo alimentación, vivienda, vestido, entre otras?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿La información que necesita en su vida diaria está disponible?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de recreación?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Cuán satisfecho está usted con cómo duerme?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está usted con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho está usted con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho está usted de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho está usted con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está usted con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho está usted con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho está usted de las condiciones de su lugar de residencia?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. ¿Cuán satisfecho está usted con el acceso que tiene a los servicios de salud?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho usted está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperación, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

Anexo 4
Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ)

No. Form

Cód. Entrev.

Trabajo Final de graduación para optar por el Máster en Salud Pública con énfasis en gerencia de la salud.

Título de la Investigación

“Calidad de vida del trabajador administrativo de la Universidad de Costa Rica y su relación con el nivel de actividad física, el sobrepeso y obesidad”

Investigador principal: Jeancarlo Córdoba Navarrete

Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ)

Objetivos

Objetivo del proyecto: Analizar la calidad de vida del trabajador administrativo de las facultades, decanatos y escuelas que laboran en la sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica y su relación con el nivel de actividad física, el sobrepeso y obesidad

Objetivo del cuestionario: Clasificar a la población estudiada según el nivel de actividad física obtenido mediante el GPAQ.

Aclaraciones: Recuerde que su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento. Por cuestiones de anonimato y protección de la información que nos proporciona NO escriba su nombre, apellidos o cualquier dato que funcione para identificarlo en este documento

Instrucciones: A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física. Le ruego que intente contestar a las preguntas aunque no se considere una persona activa. Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, que se trate de un empleo remunerado o no, de estudiar, de mantener su casa, de cosechar, de pescar, de cazar o de buscar trabajo. En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" se refieren a aquéllas que implican un esfuerzo físico importante y que causan una gran aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco. Por otra parte, las "actividades físicas de intensidad moderada" son aquéllas que implican un esfuerzo físico moderado y causan una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco.

Número	Pregunta	Respuesta	Código
En el trabajo			
1	¿Exige su trabajo una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como levantar pesos, cavar o trabajos de construcción, durante al menos 10 minutos consecutivos?	1. () Sí 2. () No Pase a la pregunta 4	P1
2	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo?	Número de días: ____	P2
3	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos ____ : ____	P3
4	¿Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar rápido o transportar pesos ligeros durante al menos 10 minutos consecutivos?	1. () Sí 2. () No Pase a la pregunta 7	P4
5	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada en su trabajo?	Número de días: ____	P5
6	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos ____ : ____	P6
Para desplazarse			
En las siguientes preguntas, dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo, de las que ya hemos tratado. Ahora me gustaría saber cómo se desplaza de un sitio a otro. Por ejemplo, cómo va al trabajo, de compras, al supermercado, al lugar de culto.			
7	¿Camina o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	1. () Sí 2. () No Pase a la pregunta 10	P7
8	En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	Número de días: ____	P8
9	En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?	Horas : minutos ____ : ____	P9
En el tiempo libre			
Las preguntas que van a continuación excluyen la actividad física en el trabajo y para desplazarse, que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría tratar de deportes, fitness u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre.			

10	¿En su tiempo libre, practica usted deportes/fitness intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como correr, jugar al fútbol como jugador de campo, ir al gimnasio durante al menos 10 minutos consecutivos?	1. () Sí 2. () No Pase a la pregunta 13	P10
11	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes /fitness intensos en su tiempo libre?	Número de días: ____	P11
12	En uno de esos días en los que practica deportes/fitness intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos ____ : ____	P12
13	¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar rápido, ir en bicicleta, nadar, jugar volleyball durante al menos 10 minutos consecutivos?	1. () Sí 2. () No Pase a la pregunta 16	P13
14	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?	Número de días: ____	P14
15	En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos ____ : ____	P15
Comportamiento sedentario			
La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado ante una mesa de trabajo, frente a una computadora, sentado con los amigos, viajando en autobús o en tren, jugando a las cartas o viendo la televisión, pero no se incluye el tiempo pasado durmiendo.			
16	¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	Horas : minutos ____ : ____	P16

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 5

Guía de grupo focal

Trabajo Final de Graduación

“Calidad de vida del trabajador administrativo de la Universidad de Costa Rica y su relación con el nivel de actividad física, el sobrepeso y obesidad”

Nombre del Investigador Principal: Jeancarlo Córdoba Navarrete

Presentación: Este grupo focal será guiado por la Ms.c. Karina Warner Cordero. Nos interesaría realizar un grupo focal con ustedes con el propósito de conocer su opinión o su punto de vista sobre las facilidades y barreras que tienen los funcionarios administrativos en el uso infraestructura y programas en movimiento humano. El objetivo del grupo focal es complementar con información clave el proyecto llamado “Calidad de vida del trabajador administrativo de la Universidad de Costa Rica y su relación con el nivel de actividad física, el sobrepeso y obesidad” En esta ocasión realizaremos un grupo focal con duración aproximada de una hora a una hora y treinta minutos.

Confidencialidad y consentimiento: Sus respuestas son completamente confidenciales y la información que nos proporcione sólo será utilizada con la finalidad de explorar la influencia del uso de infraestructura y programas en movimiento humano ofrecidos por parte Universidad de Costa Rica en la calidad de vida del trabajador administrativo. Hacemos de su conocimiento que no tiene que contestar a ninguna pregunta que no quiera responder y puede detener su participación en el momento que lo desee. El director del grupo focal hará las preguntas y los ayudantes tomarán notas de lo que usted dice. Sin embargo, para no perder detalles de la información que nos brinde la discusión será grabada, si usted lo autoriza. Su nombre o cualquier otra identificación no aparecerán en el informe de la sistematización para guardar la privacidad de su información. Las grabaciones y transcripciones serán utilizadas únicamente por el investigador principal y tendrá un uso exclusivo para este estudio. No se pagará ningún monto de dinero por la participación en este espacio, salvo un pequeño refrigerio que se ofrecerá durante la actividad. Si tiene alguna pregunta o desea alguna aclaración sobre la información anterior pueden hacerlo.

Instrucciones:

Guía de discusión:

1. ¿Qué significa tener calidad de vida?

2. ¿Cuáles facilidades de infraestructura en movimiento humano son ofrecidos por la Universidad de Costa Rica?
3. ¿Qué facilidades ofrece la Universidad de Costa Rica en el uso de programas de movimiento humano?
4. ¿Qué barreras imposibilitan el uso de programas y/o infraestructura de movimiento humano ofrecidos por la Universidad de Costa Rica?
5. ¿Cuál es la influencia de la infraestructura y los programas ofrecidos por la Universidad de Costa Rica en la calidad de vida del funcionario administrativo?

Anexo 6

Carta de invitación para Facultades, Decanatos y Escuelas

A todos los funcionarios administrativos de la sede Rodrigo Facio, se les invita a participar de proyecto:

“Calidad de vida del trabajador administrativo de la Universidad de Costa Rica y su relación con el nivel de actividad física, el sobrepeso y obesidad”

Este proyecto está siendo realizado con fines académicos, para optar por el título de Maestría de Salud Pública con énfasis en Gerencia del Sistema de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, específicamente del investigador principal Jeancarlo Córdoba Navarrete cédula 1-1343-0574. Lo que pretende este estudio, es obtener información importante sobre la calidad de vida del funcionario administrativo de facultades, decanatos y escuelas de la sede Rodrigo Facio y su relación con el nivel de actividad física, el sobrepeso y la obesidad.

Con esta investigación se espera obtener, luego de recolectar y codificar los datos, una serie de recomendaciones que se puedan utilizar por los jefarcas encargados de las tomas de decisiones a nivel universitario en pro del mejoramiento de la calidad de vida del trabajador administrativo. Además de analizar la posibilidad de repetir la metodología empleada en otras poblaciones con condiciones similares.

¿QUÉ SE HARÁ?:

Primeramente el señor Jeancarlo Córdoba Navarrete se comunicará con la jefatura administrativa de cada Facultad, Decanato o Escuela de la sede Rodrigo Facio con el fin de agendar una cita y definir un lugar para poder realizar las acciones del estudio.

La recolección de los datos del estudio está planteada para realizarse en los últimos dos meses de labores iniciando el día 3 de noviembre del 2014. La participación de cada persona tomará un tiempo aproximado de 20 minutos.

La participación consiste en la toma de peso, estatura y circunferencia de cintura. Además del llenado de tres cuestionarios.

Los requisitos para ser parte de éste estudio son:

1. Formar parte de los trabajadores administrativos de facultades, decanatos y escuelas que labora para la Universidad de Costa Rica en la sede Rodrigo Facio, en las fincas 1, 2 y 3.
2. Poseer una jornada laboral de tiempo completo en un solo puesto de trabajo.
3. Tener un nombramiento en alguna de las siguientes categorías que pertenecen al Manual Descriptivo de Puestos de la Universidad de Costa Rica: Estrato Técnico Asistencial, Estrato Técnico

Especializado, Estrato Profesional, Estrato Mandos Medios, y Estrato Dirección. (Oficina de Recursos Humanos (ORH) de la Universidad de Costa Rica, 2006).

4. Que las funciones de su cargo le exijan permanecer en labores completamente de oficina.
5. Poseer al menos un año de experiencia en el puesto.

BENEFICIOS

Como resultado de su participación en este estudio, el beneficio que obtendrá será el conocimiento de valores de su salud como lo son su estatura, el peso, el índice de masa corporal. Además de que podrá recibir recomendaciones y consejos acerca de estos valores por el investigador que le ha realizado los procedimientos anteriormente señalados. De la misma forma como resultado indirecto permitirá que con su participación los investigadores aprendan más acerca del tema en cuestión y con ello lo beneficie a usted mismo o, a otras personas en el futuro.

Cabe destacar que la participación en este estudio es voluntaria y confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.

ANEXO 7

Carta ejemplo a jefaturas administrativas de unidades académicas



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

Posgrado en Salud
Pública



28 de noviembre de 2014
PMSP-167-2014

Dra. Madeline Howard Mora
Decana
Facultad de Odontología

Estimada Dra. Howard:

La presente es para solicitarle su colaboración en el proyecto "Calidad de vida del trabajador administrativo de la Universidad de Costa Rica y su relación con el nivel de actividad física, el sobrepeso y obesidad". Este proyecto está siendo realizado con fines académicos, para optar por el título de Maestría de Salud Pública con énfasis en Gerencia del Sistema de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, del estudiante Jeancarlo Córdoba Navarrete.

Con esta investigación se espera obtener, luego de recolectar y codificar los datos, una serie de recomendaciones que se puedan utilizar por los jerarcas encargados de las tomas de decisiones a nivel universitario en pro del mejoramiento de la calidad de vida del trabajador administrativo.

La recolección de los datos del estudio está planteada para realizarse en los últimos dos meses de labores iniciando el día 3 de noviembre del 2014, siendo necesario además de su permiso, un espacio para ubicar una balanza y un tallímetro preferiblemente en un espacio cerrado. Específicamente la visita a su unidad académica se realizaría previa coordinación con la jefatura administrativa. La participación de cada persona tomará un tiempo aproximado de 20 minutos y el horario planteado dependerá de la participación de las personas en su unidad académica.

Dicha participación consiste en la toma de peso, estatura y circunferencia de cintura. Además del llenado de tres cuestionarios.

Los requisitos para ser parte de éste estudio son:

1. Formar parte de los trabajadores administrativos de facultades, decanatos y escuelas que labora para la Universidad de Costa Rica en la sede Rodrigo Facio, en las fincas 1, 2 y 3.
2. Poseer una jornada laboral de tiempo completo en un solo puesto de trabajo.
3. Tener un nombramiento en alguna de las siguientes categorías que pertenecen al Manual Descriptivo de Puestos de la Universidad de Costa Rica: Estrato Técnico Asistencial, Estrato Técnico



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

Posgrado en Salud
Pública

CONGRESO
UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA
2013 en Salud Pública

Especializado, Estrato Profesional, Estrato Mandos Medios, y Estrato Dirección. (Oficina de Recursos Humanos (ORH) de la Universidad de Costa Rica, 2006).


4. Que las funciones de su cargo le exijan permanecer en labores completamente de oficina.
5. Poseer al menos un año de experiencia en el puesto.

Cabe destacar que la participación en este estudio es voluntaria y confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.

De ser favorable su anuencia a la visita del investigador, le rogamos comunicarse con él a los teléfonos 83313227 o al 25118482. O en su defecto al correo electrónico jeancarlo.cordova@ucr.ac.cr. Esto con el fin de coordinar la visita.

Agradeciendo de antemano su colaboración se despide,

Atentamente,


MSc. Juan Carazo Salas
Director

