

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN

**DESARROLLO DE UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA
PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES RELACIONADAS CON
ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE
LA SALUD EN PERSONAL UNIVERSITARIO QUE PARTICIPA EN EL
PROGRAMA ENLACES-OBS DE LA SEDE RODRIGO FACIO DE LA
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA, 2020**

Seminario de Graduación sometido a la consideración del Tribunal Examinador de la Escuela
de Nutrición para optar al grado de Licenciatura

Estudiantes:

Ana Lucía Chavarría Castillo

Arianna Jiménez Cook

María Fernanda Espinoza Arguedas

Viviana Rodríguez Fernández

Adriana Sancho Sánchez

Daniela Solano Chaves

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

Costa Rica

2022

Este Trabajo Final de Graduación en modalidad de Seminario fue aceptado por el Tribunal Examinador de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado académico de Licenciatura



MSc. Viviana Esquivel Solís
Directora Escuela de Nutrición



PhD. Tatiana Martínez Jaikel
Directora del Seminario de Graduación



MSc. Ana Yancy Zúñiga Bermúdez
Asesora



MSc. Adriana Murillo Castro
Asesora



MSc. Ivannia Ureña Retana
Invitada

Ana Lucía

Bach. Ana Lucía Chavarría Castillo
Sustentante

Arianna

Bach. Arianna Jiménez Cook
Sustentante

Maria

Bach. María Fernanda Espinoza Arguedas
Sustentante

Viviana

Bach. Viviana Rodríguez Fernández
Sustentante

Adriana Sancho

Bach. Adriana Sancho Sánchez
Sustentante

Daniela

Bach. Daniela Solano Chaves
Sustentante

Dedicatoria

La etapa universitaria conlleva una serie de retos, conocimientos y aprendizajes que forman parte de nuestro crecimiento personal y profesional, pero este proceso no hubiera sido posible sin las personas que estuvieron detrás de cada uno de nuestros pasos. A estas personas que nos mantuvieron aferradas a nuestras metas, dedicamos nuestro trabajo final:

A nuestra familia, por su apoyo incondicional a lo largo del camino y por ser unos de los motivos para dar nuestro máximo esfuerzo, ya que el resultado final es un éxito compartido con ellos.

A nuestros amigos, que estuvieron presentes brindando su apoyo en los momentos de alegría y también en los momentos de incertidumbre y duda.

A nuestros compañeros de carrera, profesoras y profesores, por haber formado parte de esta etapa universitaria y darnos el ejemplo de calidad en el quehacer del profesional en cada área de la nutrición.

A nuestra directora Ph. D. Tatiana Martínez Jaikel, por guiarnos, confiar y creer en nosotras y sobre todo por incentivar la constancia, el trabajo en equipo y la excelencia en cada parte del proceso para sacar adelante esta investigación.

Agradecimientos

Gracias a nuestras familias, por incentivar en nosotras la perseverancia y el esfuerzo frente a cualquier circunstancia, por creer y confiar, pero sobre todo por su apoyo desde el día que decidimos emprender este camino de aprendizaje.

Gracias a nuestro comité asesor MSc. Adriana Murillo Castro, MSc. Ana Yanci Zúñiga Bermúdez, por su tiempo y comprensión en cada etapa del proceso de investigación. En especial, a la Ph. D. Tatiana Martínez Jaikel quien con su experiencia y dedicación nos guió para que el trabajo realizado fuera reflejo del sentido humanista y valor social característico de la Universidad de Costa Rica y la Escuela de Nutrición.

Gracias a la Oficina de Bienestar y Salud y los diferentes profesionales del equipo de promoción de salud, por sus consejos y aportes clave para concluir esta investigación. De nuevo a Ana Yanci Zúñiga por permitirnos lograr una interacción con los miembros del programa Enlaces-OBS.

A los y las funcionarias de la Universidad de Costa Rica miembros del programa Enlaces - OBS que colaboraron con sus experiencias y criterios para enriquecer la investigación y para hacernos conscientes de que el profesional en nutrición debe concebir la salud de manera integral y servir a los demás con empatía.

A la Escuela de Nutrición, por permitirnos conocer el amplio quehacer del nutricionista, exigirnos a dar el máximo esfuerzo y enseñarnos a ser una guía para promover salud en las personas.

Índice General

I.	Introducción.....	1
II.	Marco referencial.....	5
A.	Situación de salud en Costa Rica.....	5
B.	Promoción de la salud.....	7
1.	Promoción de la salud en el lugar de trabajo	8
2.	Determinantes sociales de la salud.....	8
C.	Prácticas saludables.....	11
1.	Conocimientos, actitudes y prácticas	12
2.	Barreras y facilitadores para una alimentación saludable	14
D.	Intervenciones en prácticas saludables.....	16
E.	Antecedentes de intervenciones en prácticas saludables.....	19
F.	Intervenciones en prácticas saludables en la Universidad de Costa Rica.....	21
1.	Políticas institucionales de la Universidad de Costa Rica.....	22
2.	Ejemplos de proyectos realizados en la Universidad de Costa Rica.....	23
a.	Programa Enlaces – OBS.....	24
G.	Insumos para el planteamiento de la propuesta de intervención.....	26
1.	Programas con enfoque cognitivo-conductual	26
2.	Programas con enfoque de autogestión de salud.....	27
3.	Alimentación con sentido y alimentación intuitiva.....	30
4.	Educación nutricional grupal interactiva	32
5.	Enfoque interdisciplinario.....	35
6.	Programas virtuales.....	36
7.	Uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) y los medios de difusión y su impacto en la promoción de la salud.....	38
8.	Hallazgos importantes en la página web de la OBS	40
III.	Objetivos.....	42
A.	Objetivo general.....	42
B.	Objetivos específicos	42
IV.	Marco metodológico.....	43
A.	Enfoque metodológico y tipo de estudio	43
B.	Población	43

C.	Muestra.....	44
D.	Definición de variables y categorías de análisis.....	46
E.	Recolección de datos	47
F.	Análisis de datos	51
G.	Desarrollo de la propuesta de intervención.....	52
V.	Resultados.....	55
A.	Caracterización de las personas participantes.....	55
1.	Características sociodemográficas de las personas participantes.....	55
2.	Condición laboral.....	56
3.	Situación de salud	60
a.	Enfermedades.....	60
b.	Uso de los servicios de salud.....	61
c.	Prácticas de autocuidado.....	62
d.	Situaciones psicológicas.....	63
e.	Autoevaluaciones.....	64
4.	Concepto de salud	64
B.	Conocimientos y prácticas con respecto a la alimentación saludable	65
1.	Conocimientos acerca de alimentación saludable.....	65
2.	Prácticas saludables.....	70
a.	Prácticas acerca de alimentación saludable.....	70
b.	Prácticas saludables relacionadas a hábitos de vida.....	77
C.	Factores que limitan o facilitan efectuar cambios hacia prácticas saludables relacionadas con alimentación y nutrición según las personas participantes.....	84
1.	Barreras que limitan los cambios según las personas participantes	84
2.	Facilitadores identificados por las personas participantes	95
a.	Facilitadores en relación con los determinantes estructurales.....	96
b.	Facilitadores en relación con los determinantes intermedios.....	98
D.	Temas emergentes: Situaciones que surgen por la pandemia	104
E.	Alternativa para la propuesta de intervención	108
1.	Propuesta desde las personas participantes de los grupos focales/entrevistas	108
a.	Modalidad.....	108
b.	Logística de las sesiones.....	110
c.	Medios de difusión.....	111

d.	En relación con la ejecución, seguimiento y evaluación de las sesiones.....	112
2.	Propuesta desde el personal de la Oficina de Bienestar y Salud.....	115
a.	Modalidad.....	115
b.	Logística de las sesiones.....	116
c.	Enfoque de las sesiones.....	117
d.	Medios de difusión.....	119
e.	En relación con la ejecución, seguimiento y evaluación de las sesiones	120
F.	Propuesta de intervención que promueva prácticas saludables relacionadas con alimentación y nutrición en personas funcionarias de la UCR	122
1.	Justificación.....	122
2.	Objetivos	124
3.	Aspectos teóricos	125
4.	Aspectos metodológicos.....	126
a.	Modalidad.....	126
b.	Público meta.....	128
c.	Reclutamiento de los participantes.....	128
d.	Número de participantes.....	128
e.	Profesionales a participar en las sesiones.....	128
f.	Estructura de las sesiones.....	128
g.	Temáticas de las sesiones.....	130
h.	Evaluación de las sesiones.....	133
VI.	Discusión	137
VII.	Conclusiones.....	150
VIII.	Recomendaciones.....	154
A.	Para las y los profesionales en nutrición de Costa Rica.....	154
C.	Para la Universidad de Costa Rica	155
D.	Para la OBS.....	155
IX.	Bibliografía.....	157
X.	Anexos.....	171
	Anexo 1. Formulario “Análisis Situacional de Salud en Funcionario”	
	Anexo 2. Cuadro de operacionalización de variables	
	Anexo 3. Categorías de análisis cualitativo	
	Anexo 4. Guía de grupo focal dirigida a personas funcionarias cuyas unidades de trabajo participan en el programa Enlaces-OBS	

Anexo 5. Guía de grupo focal dirigida al personal de la OBS

Anexo 6. Formulario de reclutación para las personas a participar en grupos focales

Anexo 7. Consentimiento informado de las personas funcionarias que participaron en el grupo focal

Anexo 8. Cronograma de investigación

Índice de cuadros

Cuadro 1. Ventajas y desventajas de los programas virtuales como método de enseñanza o para sesiones educativas, Costa Rica 2020-2021.....	38
Cuadro 2. Caracterización de las personas participantes de los grupos focales pertenecientes al programa Enlaces OBS. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021	444
Cuadro 3. Distribución porcentual de las personas funcionarias según características sociodemográficas. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015 – 2018	566
Cuadro 4. Distribución porcentual de las personas funcionarias según condición laboral. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015 – 2018	577
Cuadro 5. Distribución porcentual de la situación de trabajo de las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2015-2018.....	599
Cuadro 6. Distribución porcentual de las principales patologías presentes en las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2015-2018	60
Cuadro 7. Distribución porcentual de las principales patologías presentes en las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2015-2018	64
Cuadro 8. Conocimientos acerca de alimentación saludable encontrados en los grupos focales. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021.....	67
Cuadro 9. Distribución porcentual de prácticas relacionadas a los tiempos de comida según las personas participantes. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2015-2018.....	71
Cuadro 10. Comparación de los resultados de las prácticas acerca de alimentación saludable según las personas unidades de trabajo entrevistadas. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021	75
Cuadro 11. Distribución porcentual acerca del consumo de alimentos según las personas participantes. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021	76
Cuadro 12. Comparación de los resultados de las prácticas saludables encontrados en las unidades de trabajo. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021	79
Cuadro 13. Distribución porcentual según el tipo de actividad física realizada por las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2015-2018	81
Cuadro 14. Descripción de la práctica de fumado en las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2015-2018.....	82
Cuadro 15. Barreras o situaciones que impiden las prácticas saludables según lo expresado por las diferentes unidades de trabajo en relación con los determinantes estructurales. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021.....	85
Cuadro 16. Barreras o situaciones que impiden las prácticas saludables según lo expresado por las diferentes unidades de trabajo en relación con los determinantes intermedios. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021.....	87

Cuadro 17. Situaciones que facilitan las prácticas saludables según lo expresado por las diferentes unidades de trabajo en relación con los determinantes estructurales de salud. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021.....	96
Cuadro 18. Situaciones que facilitan las prácticas saludables según lo expresado por las diferentes unidades de trabajo en relación con los determinantes intermedios de salud. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021.....	98
Cuadro 19. Guía de escogencia del modelo a utilizar en las sesiones dirigidas a las personas participantes del programa Enlaces-OBS, Costa Rica 2020-2021	127
Cuadro 20. Estructura y distribución de tiempo recomendado para las sesiones, Costa Rica 2020-2021	129
Cuadro 21. Temas propuestos y contenidos a considerar para el desarrollo de las sesiones educativas, Costa Rica 2020-2021.....	131
Cuadro 22. Indicadores para la evaluación de sesiones de la Educación Nutricional Grupal Interactiva, Costa Rica 2018.....	134

Índice de figuras

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud de España 2010.	9
Figura 2. Etapas metodológicas presentes en el estudio en cuestión, Costa Rica, 2020-2021.	43
Figura 3. Metodología de la investigación, Costa Rica, 2020-2021.....	54
Figura 4. Distribución porcentual de las personas funcionarias según lugar de la atención médica. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015 – 2018.....	61
Figura 5. Distribución porcentual de las visitas anuales de las personas funcionarios. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015 – 2018.....	62
Figura 6. Distribución porcentual de las prácticas de autocuidado de las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015-2018.	63
Figura 7. Distribución porcentual de la frecuencia semanal de actividad física realizada por las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015 – 2018.....	80
Figura 8. Distribución porcentual del tipo de actividad realizada en el tiempo libre por las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015 – 2018.	82
Figura 9. Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de alcohol por las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015 – 2018.	83
Figura 10. Aspectos metodológicos de la propuesta de intervención dirigida a las personas funcionarias de la sede Rodrigo Facio de la UCR, Costa Rica, 2020-2021.	136

Lista de abreviaturas

AyA: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

CICAP: Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública

COVID-19: Coronavirus 2019

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EBAIS: Equipos Básicos de Atención Integral en Salud

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

HAES: Health At Every Size

INS: Instituto Nacional de Seguros

OBS: Oficina de Bienestar y Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

PREANU: Programa de Educación y Atención Nutricional Universitario

PSAL: Promoción de la Salud en el Ámbito Laboral

TCC: Terapia Cognitivo Conductual

TIC: Tecnologías de la Información y Comunicación

UAVI: Unidades Adscritas a la Vicerrectoría de Investigación

UCR: Universidad de Costa Rica

UPS: Unidad de Promoción de Salud

Resumen

Chavarría, A., Espinoza, F., Jiménez, A., Rodríguez, V., Sancho, A. y Solano, D. (2022). **Desarrollo de una propuesta de intervención para la promoción de prácticas saludables relacionadas con alimentación y nutrición desde los determinantes sociales de la salud en personal universitario que participa en el programa “Enlaces OBS” de la Sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica, 2020.** Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

La Oficina de Bienestar y Salud (OBS) de la Universidad de Costa Rica (UCR) ha ejecutado por 16 años el programa Enlaces-OBS, destinado a personas funcionarias de la UCR para promover prácticas saludables. Sin embargo, sus participantes a pesar de recibir información muchas veces no logran realizar cambios para mejorar sus hábitos de alimentación y prácticas saludables.

Bajo este contexto, se desarrolló una propuesta de intervención para la promoción de prácticas saludables relacionadas con alimentación y nutrición con un enfoque sobre los determinantes sociales de salud (DSS) en vías del fortalecimiento de la equidad en materia de salud.

Este estudio tiene un enfoque mixto concurrente. Se contó con tres poblaciones de estudio, (1) 932 personas funcionarias de la Sede Rodrigo Facio y participantes del programa Enlaces OBS que respondieron el formulario de “Análisis Situacional de Salud en Funcionario” (2015-2018), (2) 35 personas que pertenecen al programa Enlaces OBS en alguna etapa del Plan de salud, (3) 9 personas funcionarias de la OBS. Las muestras (2) y (3) aportaron información por medio de grupos focales virtuales y entrevistas individuales.

Entre los resultados obtenidos se encontró que los conocimientos correctos sobre prácticas saludables no son aplicados en la vida cotidiana debido a barreras relacionadas con los DSS intermedios y DSS estructurales. Se notó, por lo tanto, que los facilitadores también están relacionados con DSS intermedios y estructurales.

Se propuso realizar una intervención educativa con sesiones bimodales en grupos pequeños por medio de actividades prácticas, que se ajusten a sus necesidades; abordado por un equipo multidisciplinario desde el enfoque de educación interactiva grupal.

Palabras claves: determinantes sociales de la salud, prácticas saludables, alimentación, nutrición, intervención educativa, bienestar, red de apoyo, pandemia COVID-19, entorno laboral.

Directora del trabajo final de graduación: Ph. D. Tatiana Martínez Jaikel.

I. Introducción

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones en las que las personas se desarrollan. Dichas condiciones impactan en sus vidas, condición de salud y nivel de inclusión social (Tamayo, Besoain y Rebolledo, 2018). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se definen como:

las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución de dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas. Además, explican la mayor parte de las inequidades sanitarias (OMS, 2020, párr.1).

Sin embargo, los DSS no existen únicamente para reflejar las diferencias o desigualdades, sino para proponer políticas públicas y estrategias de intervención en pro del bienestar y la salud.

La salud pública busca el ideal de que todos los integrantes de la sociedad accedan a las condiciones que hagan que la vida sea lo más satisfactoria posible. A lo largo de los años, por medio de conferencias internacionales en promoción de la salud, se ha trabajado el enfoque de la salud pública y cómo se puede alcanzar un estado de bienestar desde cualquier ámbito (Mejía, 2012). Entre estos es importante mencionar el entorno laboral. Un entorno de trabajo saludable es aquel en el que las personas trabajadoras y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo (OMS, 2010).

Por otro lado, para efectos del presente trabajo de investigación y al escenario laboral que le compete analizar, resulta importante definir la palabra “salud”, ya que dependiendo del enfoque o perspectiva puede ser malinterpretada o abordada de una manera distinta. La definición trabajada por la Oficina de Bienestar y Salud (OBS) de la Universidad de Costa Rica (UCR) (2019) para el contexto universitario define la salud como: “la capacidad individual y colectiva en la construcción del bienestar físico, mental, espiritual y social con responsabilidad

compartida para la vivencia de una vida creativa” (párr.1), donde se ejecuta el modelo de salud de vida creativa definido como “un abordaje centrado en la persona y los colectivos en sus contextos, donde la persona se considera agente de cambio capaz de transformar la realidad” (párr. 1).

La OBS, es la encargada de gestionar la salud de la comunidad universitaria mediante alianzas estratégicas que generan servicios para mejorar su bienestar (OBS, 2019). En esta se desarrolla el programa Enlaces-OBS; el cual consiste en promover prácticas saludables en el personal universitario de la UCR que participa en dicho programa.

El Programa Enlaces-OBS está conformado por participantes de diferentes unidades de trabajo universitarias, que son todas aquellas derivadas de la estructura organizacional de la universidad. Éstas cuentan con un colaborador que funciona como puente entre las mismas y la Unidad de Promoción de Salud (UPS) de la OBS, con el fin de emprender las actividades de promoción de la salud en espacios laborales, a estos se les conoce como “enlaces de unidad”. Las unidades de trabajo pueden ser de tipo académicas, administrativas o adscritas a la Vicerrectoría de Investigación (UAVI).

El programa comienza con un análisis de salud en el personal de una unidad de trabajo, a través de formularios en línea. A partir de los resultados encontrados se desarrollan intervenciones educativas de diferentes temáticas para generar un impacto positivo en el bienestar individual y colectivo de esta población. Por último, se elabora un plan de salud específico para cada unidad y se conforma un equipo de salud con el fin de asegurar la continuidad de este (OBS, s.f.).

Durante los 16 años que tiene de ejecutarse el programa Enlaces-OBS, se ha visto que las personas de las unidades de trabajo participantes, a pesar de recibir información, y se supondría, contar con los conocimientos, muchas veces no logran realizar cambios para mejorar sus hábitos de alimentación y prácticas en relación con la salud; es decir, parece existir una

brecha entre los conocimientos que se tienen y las prácticas que las personas realizan. Por esto, se vuelve fundamental conocer la opinión de las personas usuarias de este programa acerca del por qué se les dificulta realizar cambios, así como hacer un análisis para entender cuáles son las “causas de las causas” de que esto suceda.

Este enfoque sobre “causas de las causas” hace referencia al eje que se viene trabajando desde los DSS acerca del fortalecimiento de la equidad en materia de salud, es decir, adentrarse al origen de las condiciones en las que las personas crecen, aprenden, viven, trabajan y envejecen y no limitarse a las causas inmediatas de las enfermedades y de las desigualdades en salud (Pupo, Hernández y Presno, 2017). A su vez, es importante conocer cuáles son las metodologías, lugares, horarios, entre otros aspectos, que las personas usuarias consideran más adecuadas para el desarrollo de las futuras actividades.

Por esto, se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud y los aspectos metodológicos que deberían contemplarse para el diseño de una intervención nutricional para la promoción de prácticas saludables en personal universitario que participan en el programa Enlaces-OBS de la sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica en el 2020?

Esta investigación también se fundamenta en que la promoción de prácticas saludables en el personal de la UCR resulta prioridad y de suma importancia para dicha institución, ya que es parte de las políticas institucionales universitarias 2021-2025, precisamente en el *Eje IX. Bienestar y vida universitaria*. En este se menciona explícitamente que se va a desarrollar, fortalecer y facilitar programas, acciones, espacios u otros para estimular el estilo de vida saludable (UCR, 2020).

Entre los principales alcances del proyecto, se tiene que este seminario de graduación brindará nueva información sobre los DSS que impiden o facilitan llevar a cabo prácticas saludables en la población universitaria en estudio, y la opinión de los usuarios y del personal

de salud de la OBS sobre aspectos metodológicos y teóricos que se deberían considerar para futuras intervenciones del programa Enlaces OBS.

Esto permitirá plantear intervenciones que faciliten la adopción de prácticas saludables en torno a la alimentación y nutrición; es decir, esto beneficiará tanto a los participantes del programa como a los que están a cargo de su ejecución, ya que se ofrece una propuesta metodológica de abordaje integral y adaptada de manera creativa a las necesidades de los participantes. Finalmente, esto, a su vez permitirá mejorar la salud de las personas funcionarias, así como el ambiente laboral, el cual es un aspecto poco tomado en cuenta en temas de promoción de la salud, lo cual convierte al proyecto en algo innovador.

Dentro de las limitaciones identificadas, se reconoce que esta información no puede ser generalizada a otras poblaciones, pues deriva de la detección de necesidades en un espacio laboral específico, sin embargo, se pretende que la metodología de recolección de datos sirva de modelo para futuras investigaciones con un enfoque similar, en escenarios de esta índole. Cabe mencionar que debido a la situación enfrentada por la pandemia del COVID-19 que repercute a nivel nacional, fue necesario proponer metodologías alternativas para la recolección de datos, como lo son las plataformas virtuales.

A continuación, se presenta el informe final del presente trabajo, el cual incluye, el marco referencial, los objetivos de la investigación, la metodología de trabajo, los resultados, la discusión, conclusiones y recomendaciones. Adicionalmente, se adjuntan, al final de dicho documento, las referencias bibliográficas que respaldan toda la investigación y los anexos que apoyan la redacción de los diferentes apartados.

II. Marco referencial

En este apartado se detallarán todos los antecedentes teóricos competentes al tema de estudio en la presente investigación.

A. Situación de salud en Costa Rica

La salud es un derecho humano universal y, según la OMS (2006) esta se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). Asimismo, la salud se considera como un recurso para la vida diaria, siendo este un concepto que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en las capacidades físicas. Por lo tanto, se rescata la importancia de disponer de información y habilidades personales, así como el requerimiento de un entorno que ofrezca oportunidades para poder realizar elecciones saludables entre los bienes de consumo, los servicios y demás posibilidades (Vilchez, 2010).

En su análisis intervienen diferentes enfoques que pretenden facilitar el acceso de toda la población a los sistemas de salud y, por ende, contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de ésta (Picado y Fonseca, 2019). El sistema de salud en Costa Rica, en su mayoría, está bajo el mando del Estado y se encuentra dividido en diferentes entidades públicas. El referente más grande es la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), encargada del aseguramiento de la población y de la provisión de la mayor parte de los servicios de salud brindados en el país (Araya, 2019).

Por otro lado, se encuentran los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), los cuales se encargan de la atención de primer nivel. El Ministerio de Salud se enfoca en la función de rector y regulador del mercado de salud costarricense, de la vigilancia de la salud y la promoción de la investigación científica, así como la innovación tecnológica desde el punto de vista de la promoción, prevención y curación (Araya, 2019).

Las otras entidades encargadas del sector salud del país son el Instituto Nacional de Seguros (INS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) y la UCR. El INS es una institución a cargo de gestionar los seguros comerciales del país incluyendo seguros de salud. Por su parte, el AyA se encarga de la provisión del servicio de agua potable y de alcantarillado sanitario. Por último, la UCR es la encargada de la docencia y la formación de profesionales de la salud desde el ámbito público, así como de la provisión de algunos servicios de atención primaria, los cuales brinda a través de la OBS (Araya, 2019).

En relación con la condición de salud de la población nacional actual, datos de la CCSS indican que 10% de la población mayor de 20 años padece de hipertensión (Sáenz, Acosta, Muiser y Bermúdez, 2011). Asimismo, la prevalencia de obesidad, factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares y diabetes, es particularmente elevada en las mujeres de entre 45 y 64 años (77.3%) y los hombres de entre 20 y 64 años (62.4%). Los datos sugieren que la prevalencia de sobrepeso y obesidad seguirá incrementándose en los próximos años (Sáenz, Acosta, Muiser y Bermúdez, 2011).

Sin embargo, las estadísticas parecen haber cambiado en el año 2020, debido a la expansión de la enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el virus SARS-CoV-2, declarada por la OMS como una urgencia de salud pública de importancia global y como pandemia, el 30 de enero y 11 de marzo de 2020, respectivamente (Sánchez, Arce y Rodríguez, 2020). Esta enfermedad vino a generar un foco de atención sobre la situación actual de salud y sobre todo en aquella parte de la población con factores de riesgo como pacientes con diabetes e hipertensión arterial (Ministerio de Salud, 2020).

Esta alta prevalencia de enfermedades crónicas invita a crear conciencia sobre el desarrollo de estrategias que transformen los hábitos y prácticas saludables de la población desde la perspectiva de promoción de salud, evitando llegar a escenarios de riesgo y fomentando el autocuidado en todos los ámbitos (OMS, 2016).

En estas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se valoran más que en otras enfermedades, las condiciones y estilos de vida, la participación social, el estrés y las emociones negativas, el acceso a recursos socioculturales, entre otros. Estas condiciones demandan entonces nuevos abordajes y medidas para su control, en los y las pacientes, en la comunidad y los sistemas de salud. La atención debe dejar de estar enfocada únicamente en el individuo y pasar a tener un enfoque social, donde la equidad y la intersectorialidad tengan un rol preferente (Grau, 2016).

Dentro de las estrategias que se han planteado para la atención de los problemas de salud con un enfoque social se encuentran la creación de entornos saludables, el establecimiento de políticas públicas saludables, fortalecer la acción comunitaria, entre otros; los cuales son procesos y actividades abordados desde la salud pública y son áreas de acción de la promoción de la salud (Pupo, Hernández y Presno, 2017).

B. Promoción de la salud

La promoción de la salud es catalogada como una función esencial de salud pública y, de acuerdo con la OMS, es definida como:

el proceso que permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación (OMS, 2016, párr. 1).

Al igual que la salud, la promoción de la salud ha sido interpretada desde diversos enfoques, por lo tanto, los métodos y relevancia que se le atribuyen en su abordaje han variado al responder a la realidad social cambiante según características territoriales, políticas y económicas de cada época (Picado y Fonseca, 2019). Es objetivo de la promoción de la salud, la creación de entornos saludables, y entre estos el ambiente laboral cobra una gran importancia.

1. Promoción de la salud en el lugar de trabajo

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera al lugar de trabajo como un entorno prioritario para la promoción de la salud en el siglo XXI. Además de contribuir con una mejor salud para los trabajadores, un entorno de trabajo saludable permite mejorar la productividad, la motivación y satisfacción en el trabajo y la calidad de vida general (Urrego, 2016). La OMS define un entorno de trabajo saludable como:

aqueel en el que las personas trabajadoras, jefaturas, autoridades, instancias de salud, políticas económicas y sociales colaboran en un proceso de mejora continua para el bienestar físico, mental y social, la promoción y protección de la salud, las mejores condiciones para el desarrollo humano y organizacional, así como la sustentabilidad del ambiente laboral (OMS, 2010, p.15).

La promoción de la salud en el ámbito laboral (PSAL) incluye la realización de una serie de políticas y actividades diseñadas para ayudar, a los empleadores y trabajadores en todos los niveles, a aumentar el control sobre su salud y a mejorarla, favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas y contribuyendo al desarrollo económico y social de los países (Urrego, 2016).

2. Determinantes sociales de la salud

Como se describió anteriormente, los DSS hacen referencia a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas establecidos para combatir las enfermedades que se padecen. A su vez, estas circunstancias están modeladas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas. Por lo tanto, los determinantes están relacionados con aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos (Alfaro, 2018).

Existen distintos modelos para explicar las causas o factores determinantes de las desigualdades en salud. En esta investigación se utilizó una adaptación realizada por la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España (2010), a partir de los modelos

propuestos por Orielle Solar y Alec Irwin para la Comisión de DSS de la OMS y por Vicenç Navarro, el cual se presenta a continuación:

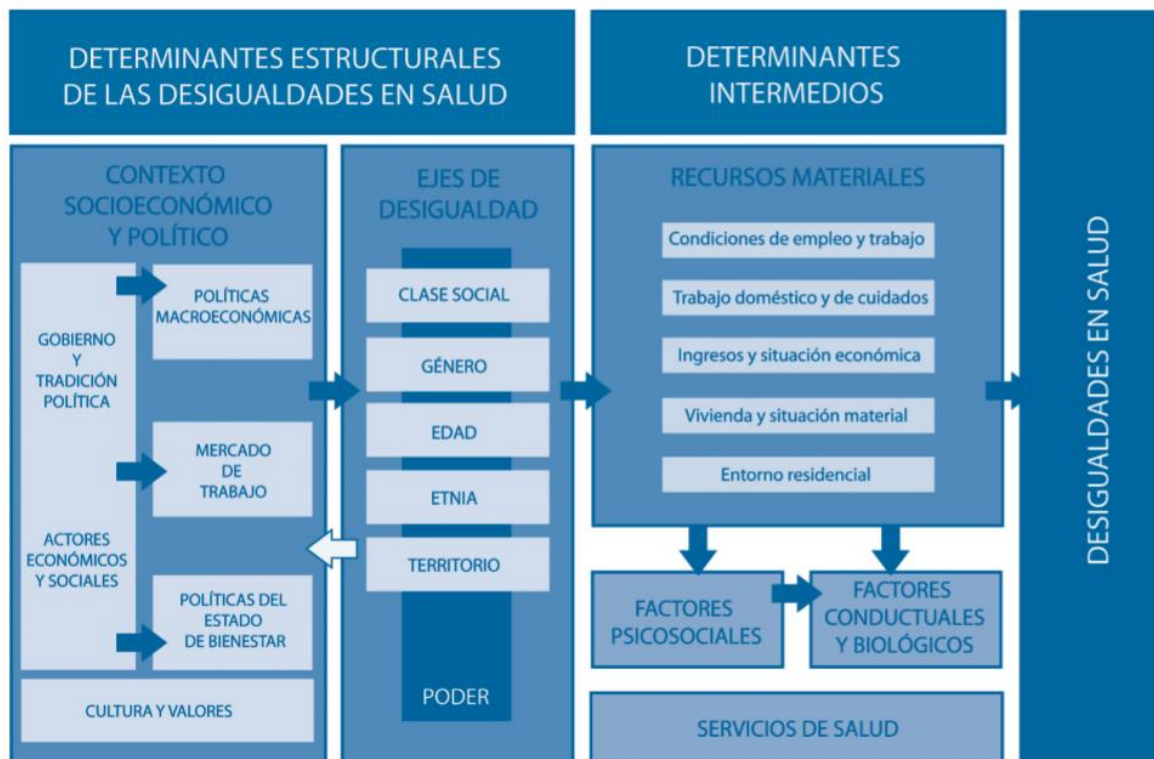


Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud de España 2010. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015).

Como se muestra en la figura 1, el modelo contiene dos elementos principales: los factores estructurales y los factores intermedios de las desigualdades en salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Los factores estructurales se componen del contexto socioeconómico y político y de la estructura social, que se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estructura social y la distribución de poder y recursos dentro de ella, así que se incluyen: a) Gobierno en su aspecto amplio, es decir, la tradición política, la transparencia, la corrupción, el poder de los

sindicatos, entre otros. y b) actores económicos y sociales como por ejemplo las grandes corporaciones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Ambos determinan políticas macroeconómicas, como, por ejemplo, las políticas fiscales o que regulan el mercado; las políticas y las relaciones de fuerza entre los agentes sociales que afectan al mercado de trabajo y las políticas públicas que conforman el Estado del Bienestar: educación, atención sanitaria, protección social. Además, se incluyen en este apartado los valores sociales y culturales que sustentan las políticas y las jerarquías (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Adicionalmente, los distintos ejes de desigualdad determinan jerarquías de poder en la sociedad como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen en evidencia la existencia de desigualdades en salud debido al poder, el prestigio y el acceso a los recursos, siendo más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas, los hombres, las personas de edad joven y adulta, las de raza blanca y las originarias de áreas geográficas más ricas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación o de “las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias” (p.18), que se denominan clasismo, sexismo o racismo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Por otro lado, la estructura social determina desigualdades en los factores intermedios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores incluyen en primer lugar los recursos materiales que son: a) las condiciones de empleo (situación laboral, precariedad) y trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización y entorno psicosocial); b) la carga de trabajo no remunerado (tareas domésticas y de cura de las personas); c) el nivel de

ingresos y la situación económica y patrimonial; d) la calidad de la vivienda y sus equipamientos; e) el barrio o área de residencia y sus características (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Los recursos materiales influyen en los procesos psicosociales como la falta de control, de apoyo social, y las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos); y también en las conductas con influencia en la salud y los procesos biológicos que de todo ello derivan (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Finalmente, el sistema de salud, ya que, aunque los servicios sanitarios en sí mismos contribuyen muy poco a la generación de las desigualdades en salud, un menor acceso a los servicios de salud y menor calidad de los mismos para los grupos sociales menos favorecidos puede repercutir en peores consecuencias de los problemas incidentes en la salud y el bienestar (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

C. Prácticas saludables

El conjunto de decisiones de la persona con respecto a su estado de salud puede ser modificado por medio de un proceso de educación en salud que busque fortalecer las actitudes y comportamientos en prácticas saludables, por lo que conviene referirse a prácticas organizacionales saludables y ver este concepto desde una perspectiva colectiva. Salanova (2008, como se citó en Grueso y Toca, 2012), propone un modelo heurístico de organizaciones saludables y describe prácticas saludables como “aquellas que promueven el bienestar de los empleados y expresan una adecuada relación de la organización con su entorno y la comunidad” (p.143). Este modelo ha tenido gran impacto como predictor de bienestar entre las personas trabajadoras.

Conviene también citar algunas de las concepciones sobre estilo de vida saludable, ya que como se describió anteriormente, el estilo de vida es considerado una dimensión dentro del enfoque de DSS. Según Pullen *et al.* (2001), se entienden como "un patrón multidimensional de

acciones y percepciones autoiniciadas que sirven para mantener o mejorar el nivel de bienestar y autorrealización del individuo” (pp. 51-52).

Sin embargo, este concepto presenta una serie de limitaciones, las cuales se deben esclarecer con el fin de seguir una misma línea de acción y es que los estilos de vida han sido interpretados desde la epidemiología con un enfoque en factores de riesgo, causalidad, viendo la salud como responsabilidad individual y centrándose en conductas individuales, lo cual deja de lado la noción de promover salud y el enfoque colectivo dentro del contexto sociocultural en el que personas, familias y comunidades se desarrollan (Pupo *et al.*, 2017).

A raíz de la pandemia por COVID-19, este contexto sociocultural en el que las personas se desarrollan ha venido a transformar su estilo de vida y sus prácticas, lo cual evidencia el peso de las desigualdades y el efecto de los DSS en condiciones como estabilidad económica, ambiente físico, contexto comunitario, discriminación, educación, acceso a salud y alimentos nutritivos (Belanger *et al.*, 2020).

El distanciamiento social y el trabajo desde la casa pueden abrir la posibilidad a cambios tanto positivos como negativos en prácticas y actitudes, no necesariamente ligados a la carencia de conocimientos sino a las exigencias de un nuevo entorno laboral o familiar como lo reporta un estudio sobre hábitos durante el confinamiento en España, donde las personas reportan alteraciones en el consumo de grupos de alimentos en función de la edad y del núcleo familiar de convivencia, cambios en la actividad física y patrones de sueño (Pérez *et al.*, 2020).

1. Conocimientos, actitudes y prácticas

Las prácticas saludables orientan al individuo hacia la adopción de una conducta de la promoción de la salud; sin embargo, en contradicción con estas prácticas dirigidas a defender el bienestar, es fácil observar en la población un aumento en los niveles de sedentarismo, estrés, ansiedad, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, de consumo de alcohol, de

tabaquismo y de entornos violentos, los cuales constituyen barreras para el desarrollo de prácticas saludables en relación con alimentación y nutrición (De Vincezi y Tedesco, 2009).

Por otro lado, se pueden definir otros conceptos considerados como factores protectores para la salud y las prácticas saludables, como el conocimiento y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos son considerados como factores personales o internos y su análisis debe contemplar las actitudes, definidas como el resultado del convencimiento de una persona que la lleva a actuar según sus valores, principios y motivaciones para convertir estos en hábitos (Giraldo *et al.*, 2010).

Por su parte, los conocimientos influyen de manera significativa en la adopción de prácticas saludables al brindar a las personas la capacidad para tomar decisiones informadas y elegir aquello que sea más favorecedor en la búsqueda de su bienestar. Sin embargo, algo que refleja la brecha entre el conocimiento y las prácticas, es que las elecciones a partir del conocimiento no están determinadas únicamente por la educación y la información, sino que entran en juego los factores externos que contemplan esas condiciones requeridas para vivir, lo cual calza con las definiciones sobre determinantes sociales antes mencionadas. La interacción entre factores internos y externos de la persona, pueden potenciarse de manera negativa o positiva (Giraldo *et al.*, 2010).

Seguidamente, se describe otro factor influyente, este se asocia a la mentalidad de las personas, considerada como la clave para la acción, pues se encarga de movilizar las emociones y pensamientos de cada persona, según su historia de vida, creencias, valores y motivaciones (Giraldo *et al.*, 2010).

En estudios más recientes, como el de Oli, Vaidya, Pahkala, Eiben y Krettek (2018), se analiza la brecha entre conocimientos, prácticas y actitudes sobre prácticas saludables en mujeres madres de familia, en actividad física y dieta, a través de entrevistas con un cuestionario estructurado adaptado al contexto local, que clasificaba sus respuestas según el porcentaje

obtenido en pobre, razonable y bueno. Los resultados mostraron un buen nivel de conocimiento y actitudes frente a dichos temas, sin embargo, un nivel deficiente en prácticas. A partir de esto, se logra observar que madres con menor nivel educativo presentan menores puntajes en cuanto a conocimiento y actitud. Por lo tanto, el factor de la educación es un punto importante por considerar para futuras intervenciones en promoción de la salud, sin embargo, no se debe ver de forma aislada, pues también se observa que familias con mayores ingresos y educación, a pesar de contar con los conocimientos y las actitudes necesarias para la ejecución de prácticas, tienen baja motivación y bajo control autopercebido o autocontrol, lo cual representa una barrera para el cambio hacia la acción.

El concepto de bajo autocontrol se refiere a que la persona no se cree capaz de controlar su propio comportamiento, esto la lleva a desarrollar apatía y poca autoeficacia hacia el cambio. Por lo tanto, se enumera un factor más a considerar para el desarrollo de intervenciones educativas hacia la promoción de prácticas saludables a través del mejoramiento de la autoeficacia percibida (Oli *et al.*, 2018).

2. Barreras y facilitadores para una alimentación saludable

Como se mencionó anteriormente, tanto el entorno como las inequidades sanitarias representan barreras para la adopción de prácticas saludables en la población. Además de éstas, en un estudio descriptivo de corte transversal realizado con una población de 1324 personas mayores de edad, en las que se estudió el riesgo a presentar un infarto de miocardio, de ambos sexos, se identificó que la falta de tiempo fue reconocida como la principal barrera de acceso a prácticas saludables, así como dificultades económicas. Lo anterior a partir de una encuesta con preguntas de selección múltiple en relación con la intención para realizar cambios en el estilo de vida, las barreras que no les permiten implementarlas y antecedentes personales de patologías como hipertensión, dislipidemia, diabetes y tabaquismo, en este caso, como forma de indagar en posibles explicaciones con respecto a la morbilidad cardiovascular (Saldarriaga *et al.*, 2016).

Estos resultados son similares a lo reportado en otros estudios, donde también se resalta el bajo nivel educativo como barrera para acceder al cuidado de la salud (Saldarriaga *et al.*, 2016). Según un estudio de Dones (2016) acerca de motivantes y barreras, este propone que los individuos son capaces de apegarse a hábitos saludables mientras perciban más motivantes que barreras. Por el contrario, si perciben más barreras, los individuos estarán menos propensos a iniciar y mantener hábitos saludables.

En una investigación realizada a partir de una muestra de 76 participantes entre los 18 y 70 años de ingreso bajo y medio, con el fin de determinar los motivos para la selección de alimentos y las barreras para una alimentación saludable a través de once grupos focales entre 5-10 participantes cada uno, se identificó que el principal motivo que subyace las elecciones alimentarias de los participantes de ingresos medios fue el tiempo disponible para cocinar. Muchos participantes indicaron que a pesar de estar conscientes de que no poseen una alimentación saludable preferían priorizar el tiempo de preparación, llevándolos a consumir una mayor cantidad de alimentos ya preparados y procesados (Ares *et al.*, 2017).

Otras barreras percibidas en una investigación realizada con una muestra de 40 hombres y mujeres de 25 a 60 años a partir de grupos focales fueron la falta de conocimiento sobre cómo preparar comidas a base de alimentos saludables, la disponibilidad de frutas y verduras en comparación con productos procesados y la abrumadora oferta y publicidad de alimentos ultraprocesados. Sin embargo, también se reconoce que, en el caso de las frutas y vegetales, son más económicas que otros productos, siendo este un factor facilitador para el consumo de éstos (Castronuovo *et al.*, 2019).

Adicionalmente, otra barrera resaltada en un estudio de campo y de tipo cualitativo es la falta de políticas públicas de regulación sobre la publicidad, así como la falta de aplicación de impuestos a alimentos ultraprocesados y de bajo valor nutricional. Sin embargo, también se da el caso contrario, en el que se ve como un facilitador la publicidad y campañas realizadas para fomentar el consumo de alimentos saludables (Olavarría y Zacarías, 2011).

En cuanto a la realización de actividad física, en una investigación de tipo transversal realizada con una muestra de 155 estudiantes entre los 18 y 27 años en la que se aplicaron dos cuestionarios, un autorreporte de actividad física y un autoinforme para evaluar barreras percibidas, se encontró que las principales barreras en quienes poseen un bajo nivel de actividad física fueron la falta de tiempo, la falta de voluntad, la influencia social y la falta de energía (Rubio y Varela, 2016).

Por su parte, en un estudio de casos y controles con 268 adultos con diagnóstico de ECNT, mediante la aplicación de una encuesta se demostró ser facilitadores para la práctica de actividad física el autocuidado de la salud, la autopercepción del estado de salud y la disponibilidad de espacios adecuados. Además, fueron barreras el considerar el ejercicio físico poco importante y los espacios públicos inseguros (Quiroz *et al.*, 2018).

Cabe destacar que las metodologías y técnicas utilizadas en los estudios anteriores para indagar acerca de las barreras y facilitadores para la implementación de prácticas saludables son principalmente los cuestionarios y los grupos focales, así como el uso de la estadística descriptiva para el análisis y la interpretación de los resultados (Saldarriaga *et al.*, 2016; Ares *et al.*, 2017; Castronuovo *et al.*, 2019; Olavarría y Zacarías, 2011; Rubio y Varela, 2016; Quiroz *et al.*, 2018; Negrete y Reynaga, 2017).

Por último, la identificación de factores que facilitan, así como de las barreras que obstaculizan la implementación de prácticas saludables podrían generar un punto de partida para la creación de intervenciones eficientes de acuerdo con la población que se esté trabajando (Rubio y Varela, 2016).

D. Intervenciones en prácticas saludables

Actualmente se apuesta por una concepción de salud que se preocupa desde la infancia por el desarrollo de comportamientos saludables y de entornos que los generen (Menor *et al.*, 2017). La influencia de la familia, lugar de estudio o trabajo, amigos, medios de comunicación,

y organización social en las prácticas de vida de los individuos está reconocida; por esta razón para hablar de prácticas de vida saludables se deben considerar las intervenciones en las que todos interactúan para la adquisición y el desarrollo de habilidades personales que conlleven a cambios de comportamiento relacionados con la salud (Katz *et al.*, 2017).

Como respuesta a la gran relevancia del proceso de entender y comprender la relación que existe entre la nutrición y la salud, aparecen las investigaciones, programas e intervenciones con enfoques más holísticos y menos limitados para la adquisición de prácticas saludables. La mayoría de ellos nacen con las teorías del comportamiento, con las que se busca comprender las razones por las que los individuos pueden o no modificar fácilmente comportamientos relacionados con la nutrición y poder transformar actitudes frente a hábitos alimenticios puntuales (Gamboa *et al.*, 2018).

Existen propuestas pedagógicas e investigaciones a nivel individual e interpersonal que intentan incorporar de manera efectiva la educación y la comunicación para avanzar en la modificación de comportamientos. Sin embargo, el reto sigue siendo conseguir que la audiencia pase de la decisión y el conocimiento a la acción y mantenga los cambios en el tiempo (Gamboa *et al.*, 2018).

En relación con la metodología, diversos autores (Menor *et al.*, 2017; Martínez y deBeausset, 2020; Martínez *et al.*, 2020) demostraron que las intervenciones educativas mixtas son efectivas, es decir aquellas que combinan programas de educación, realización de actividad física, consejos nutricionales con enfoque integral y que además vinculan a la familia. Por ejemplo, Menor *et al.* (2017) realizaron una revisión sistemática acerca de la efectividad de las intervenciones educativas que combinaron los elementos antes mencionados; y encontraron resultados principalmente en la mejoría general de las prácticas de vida, incremento en el consumo de frutas y vegetales, menor consumo de bebidas azucaradas y reducción del sedentarismo.

Martínez *et al.* (2020) realizaron un ensayo controlado aleatorio por conglomerados en el Cantón Central de Alajuela, en Costa Rica con el fin de evaluar una intervención con una duración de 6 meses, dirigida a mujeres adultas que tenían tanto inseguridad alimentaria como exceso de peso. El estudio constó de dos ramas: un grupo intensivo y un grupo no intensivo (grupo control). El grupo intensivo constó de actividades tanto a nivel individual (16 sesiones educativas relacionadas con nutrición, aspectos emocionales y el desarrollo de un proyecto de vida) como a nivel familiar y comunitario (un taller con la familia y miembros de la comunidad y la entrega de panfletos). Además, se promovió la práctica de actividad física. Las mujeres del grupo intensivo lograron mayores reducciones en su peso, circunferencia de cintura y niveles de inseguridad alimentaria que las mujeres del grupo control. Además, tuvieron cambios importantes en sus hábitos alimentarios y aumentaron su empoderamiento psicológico y económico. El hecho de vincular a la familia fue fundamental para lograr estos cambios.

Según Corrales (2017), posterior a realizar una revisión bibliográfica de 23 trabajos finales de graduación de la UCR relacionados con temas de obesidad en adultos, en su mayoría apuntan a que al desarrollar las intervenciones grupales y al incorporar técnicas cognitivas conductuales, se facilita la modificación de hábitos y la mejora de parámetros bioquímicos y antropométricos en las personas participantes.

Por otra parte, varios estudios proponen que el tiempo de duración de cada intervención debería variar según la naturaleza del problema que se pretende abordar y de las características de la población a las que va dirigida. No obstante, se ha visto que se obtienen mejores resultados de las intervenciones consideradas más duraderas y cuando se realizan seguimientos y evaluaciones a largo plazo, después del periodo de intervención, para lograr mayor adherencia a las metas (Menor *et al.*, 2017).

Además, el modelo de educación nutricional grupal interactiva propuesto por deBeausset (2018) el cual se amplía más adelante, tiene una metodología que parte de la realidad de la persona en relación con el tema (exploración y reflexión) antes que iniciar con la información

nueva (teoría); se centra en que la persona logre enlazar la información nueva con su realidad mediante la aplicación de esa teoría en la resolución de problemas de la vida cotidiana (aplicación).

E. Antecedentes de intervenciones en prácticas saludables en otras universidades

El estado nutricional es importante en el mantenimiento del buen estado de salud del individuo e interviene en su capacidad productiva (Arias *et al.*, 2019). Por esta razón, se han realizado diversos estudios para identificar o proponer distintas estrategias de intervención para lograr mejoras en el estilo de vida en lugares estratégicos como lo son las universidades, debido a que por lo general se pueden realizar intervenciones que impacten grupos grandes de personas y son instituciones comprometidas con el desarrollo y formación de sus profesionales.

Ejemplo de ello fue un estudio realizado en Ecuador por una estudiante de la Universidad Técnica de Ambato, en la cual se aportó una propuesta de solución basada en la estrategia de Universidades Saludables, bajo las políticas institucionales, con la implementación de sodas, actividad física, educación nutricional y concientización de docentes acerca de la calidad de su alimentación con menús bajos en grasa, sal y azúcar. Además, se realizaron actividades que se pueden ejecutar con la participación y el trabajo conjunto de autoridades entre facultades y personal docente (Barahona, 2017).

De igual manera, en una universidad de Ecuador en un estudio se destacó la importancia de insistir en la implementación de estrategias nutricionales que mejoren la salud del personal a través de la promoción de hábitos alimentarios adecuados. Además, se sugirió desarrollar estudios sobre el estilo de vida de los trabajadores que permitan diseñar herramientas efectivas para abordar la situación nutricional actual (Arias *et al.*, 2019).

Por otro lado, en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Perú, se realizó un estudio en el que se concluyó que el estilo de vida es un concepto que va más allá de hábitos,

costumbres, creencias y patrones de crianza, puesto que el contexto socio- laboral u ocupacional donde se desenvuelve la persona también incide (Mamani, 2018).

Asimismo, se reportan datos de experiencias latinoamericanas sobre propuestas de programas dentro del marco de universidades saludables que contemplan algunos aspectos relacionados con los DSS, así como con la promoción de la salud. Dicho lo anterior, está el caso de Cuba, con la constitución de grupos de investigación estudiantil en salud universitaria, cursos de capacitación y cátedras estudiantiles sobre universidades promotoras de la salud, un programa integral de salud universitaria y el diseño teórico-metodológico de una guía para las buenas prácticas en ese sentido, además de encuentros para intercambios de experiencias, entre otras actividades, incluidas las alianzas y el fortalecimiento de la extensión universitaria en la atención primaria de salud (Coronel y Marzo, 2018).

Por otra parte, en Perú se ha trabajado con el fomento de los estilos de vida saludable en alimentación y nutrición, ambientes libres de humo de tabaco, no venta ni consumo de licores dentro y fuera de la universidad, cafeterías saludables, desarrollo de asignaturas de cultura física y educación para la salud, conservación del ambiente, entre otras iniciativas. También está México, con el impulso de la responsabilidad individual y social referente a la salud en la comunidad universitaria. Chile por su parte, cuenta con una encuesta diagnóstica basada en 3 líneas de desarrollo: actividad física, alimentación saludable y entornos saludables en población universitaria (Coronel y Marzo, 2018).

Por último, se encuentra Costa Rica, con la implementación de proyectos de estilos de vida saludables en las oficinas, ambientes educativos y unidades académicas, entornos libres de humo de tabaco, talleres de vida, sexualidad y afectividad para estudiantes, campañas de alimentación saludable y ferias de salud, entre otros (Coronel y Marzo, 2018).

Cabe mencionar también que, en el caso de Costa Rica, existen estudios en los que se han desarrollado propuestas metodológicas que incluyen la dimensión de salud y nutrición, no

obstante, no se encontró ninguno que sea abordado desde el enfoque de los DSS en personal universitario; razón por la cual, este estudio representará un gran aporte.

F. Intervenciones en prácticas saludables en la Universidad de Costa Rica

En la UCR el ente encargado de la promoción de la salud tanto para estudiantes, docentes y personas funcionarias es la OBS. Esta tiene como misión gestionar la salud de la comunidad universitaria mediante alianzas estratégicas que generan servicios para mejorar su bienestar.

Cabe mencionar que desde que la UCR fue fundada en 1941, transcurrieron 12 años y fue hasta 1953 que en una sesión del Consejo Universitario se aprobó la creación del *Departamento de Bienestar Estudiantil*, integrado por una Sección de Salud, Orientación, Educación Física y Asistencia Económica. La Sección de Salud se encargó de brindar atención médica a estudiantes, docentes y administrativos. En el año 1989, el Consejo Universitario nombró una *Comisión Especial* para estudiar las necesidades de la UCR para diseñar un programa de reestructuración de los servicios de salud y seguidamente, en el año 1990, se dio a conocer el Informe *Bases para el desarrollo de un sistema integral de salud en la Universidad de Costa Rica* (OBS, 2019).

En el 2002, dicha Comisión se constituyó como Área de Promoción de la Salud perteneciente a la Unidad de Promoción y Servicios de Salud, con personal profesional y técnico en medicina, nutrición, trabajo social, salud ambiental, educación física y recreación, arte, enfermería y psicología. En el año 2004, se genera el Plan Estratégico quinquenal del Área de Promoción de la Salud 2004-2008, cuyo objetivo fue generar y coordinar todos aquellos programas, proyectos y actividades encaminadas al logro del desarrollo integral de los miembros de la comunidad universitaria (OBS, 2019).

Posteriormente, en el 2012, el Área de Promoción de la Salud se transforma en UPS, implicando mayor autonomía en su forma de trabajo y en su gestión presupuestaria con presencia y voto en el Consejo Asesor de la OBS para la toma de decisiones (OBS, 2019).

Para el 2017, la UPS sistematiza sus procesos de manera que integra la gestión de calidad como parte de su quehacer; con la definición de fichas de proceso, procedimientos y registros estandarizados para las diferentes acciones y actividades que genera la unidad. En el 2019, la Oficina de Bienestar y Salud realiza el lanzamiento de su portal web (OBS, 2019).

La OBS inicia el 2021 trabajando con un nuevo Modelo de Salud denominado Vida Creativa, el cual se mencionó anteriormente. Éste constituye una propuesta innovadora para el abordaje de la salud y la puesta en común con los distintos integrantes de la comunidad universitaria, con enfoque inter y transdisciplinario y un principio de responsabilidad compartida. Este nuevo modelo implica la formación integral de estudiantes y trabajadores no solo en el ámbito académico y profesional, sino, como seres humanos que mejoran su vida y velan por el bienestar individual y colectivo, pudiendo de esta manera, realizar una transformación en la cultura de la salud (Chavarría, 2021).

Además, en el 2021, la UCR demostró su liderazgo en el movimiento global de la promoción de la salud. Esta tendencia es reconocida por la OMS por propiciar condiciones basadas en la equidad para el bienestar y la salud de la comunidad universitaria. El certificado de afiliación a la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud reconoció la trayectoria de la OBS. Esta unidad de la UCR ha incorporado la promoción de la salud como un proceso transversal del desarrollo institucional. Por esto, dedica esfuerzos y recursos con el fin de generar una cultura organizacional basada en los valores y principios humanistas (Ángeles, 2021).

1. Políticas institucionales de la Universidad de Costa Rica

El Consejo Universitario es el órgano responsable de definir las políticas generales de la UCR, las cuales se realizan con el fin de procurar fortalecer y mejorar el quehacer de la institución (Consejo Universitario, 2015). La UCR le ha dado cada vez mayor énfasis a la promoción de la salud en sus políticas y entre los principales cambios que espera lograr en los años 2021-2025 es, intervenir en el tema de salud mental, acoso y prácticas saludables.

Se puede observar que para las políticas 2021-2025, la Universidad hace un enfoque más integral del concepto de salud y, además, hace un esfuerzo por abordar los temas de salud desde el ámbito de la promoción de la salud: *“9.2. Fortalecerá una cultura de promoción de la salud en la comunidad universitaria y nacional, en pro del desarrollo y bienestar humanos, bajo un concepto de responsabilidad compartida.”* (p.17) Adicionalmente, enfoca el abordaje de la salud como una responsabilidad compartida, por lo que hace un llamado al personal de la universidad a tener una actitud proactiva y participativa en su construcción de un estado de bienestar: *“9.2.3 Promover el concepto de responsabilidad compartida de la salud, en el cual exista un compromiso de la persona y de la Institución, en pro de su bienestar y calidad de vida”* (p.17) (Consejo Universitario, 2020).

2. Ejemplos de proyectos realizados en la Universidad de Costa Rica

Entre los proyectos que ha realizado la OBS dirigidos a funcionarios, se destaca un estudio que se realizó en el 2010 por estudiantes de la Escuela de Nutrición en conjunto con la OBS, donde se evaluaron los efectos de ofrecer educación nutricional con una metodología más práctica y con menor extensión de tiempo a personas funcionarias de la Oficina de Registro e Información de la Sede Rodrigo Facio de la UCR. En este estudio se vio que las personas participantes aumentaron el consumo de frutas y vegetales, así como disminuyeron de manera significativa el consumo de grasas y azúcares. Adicionalmente, en el 2014 la OBS investigó la calidad de vida desde la perspectiva de los docentes. Este estudio se realizó con el fin de mejorar los lineamientos de las políticas universitarias relacionadas con la salud laboral de los docentes y el resto de los trabajadores (Rojas y Trejos, 2014).

En relación con lo mencionado anteriormente, la UCR, específicamente la Unidad de Promoción de la Salud y el Área de Psicología y Medicina de la Unidad de Servicios de Salud de la OBS, llevó a cabo otro proyecto llamado “Proyecto O” en la Sede Rodrigo Facio con siete participantes (seis mujeres funcionarias de la institución y un estudiante hombre) con diferentes grados de obesidad. Consistió en intervenciones médicas, psicoterapéuticas, de actividad física y atención nutricional. Asimismo, se realizaron sesiones educativas sobre estos temas con el fin

de mejorar la condición de salud de estas personas, razón por la cual en dicho estudio se realizaron entrevistas grupales y entrevistas individuales a profundidad para identificar las barreras y facilitadores a la adherencia de prácticas saludables para desarrollar adecuadamente una intervención. Según el autor, este proyecto tuvo poco apoyo por parte de la OBS; a pesar de esto, lo consideró el inicio del camino para futuros proyectos. Sin embargo, actualmente la OBS cuenta con un proyecto llamado Enlaces-OBS el cual se describe más adelante (Corrales, 2017).

Adicionalmente, en la Escuela de Nutrición de la UCR, se ofrecen proyectos desde el Programa de Educación y Atención Nutricional Universitario (PREANU), como lo es la consulta nutricional grupal dirigida a grupos de 15 personas aproximadamente. En las sesiones iniciales se realiza una valoración y orientación dietética individual a cada uno de los participantes, y posteriormente, en grupo se comparten temas relevantes para propiciar cambios en los hábitos alimentarios (PREANU, 2020).

Asimismo, desde hace algunos años, la UPS, diseñó un Plan de Salud que consiste en un plan de mejora continua para construir salud todos los días del año en una población y en un espacio de tiempo y geográfico definido. Es un documento que integra objetivos, acciones (grandes o pequeñas), cronograma, recursos y evaluación de acciones en salud. Este sirve para guiar, diseñar y evidenciar acciones de salud que impacten positivamente la vida de las personas que forman parte de ese plan de salud y más allá a quienes dependa de ellos. Las vivencias que generan los planes de salud muchas veces son contagiosas y esto también impacta positivamente a personas que tienen contacto con los participantes (OBS, 2020).

a. Programa Enlaces - OBS

Debido a que la OBS considera los entornos laborales como un espacio prioritario para la promoción de la salud, nació el programa Enlaces-OBS. Este programa se lleva a cabo en la Sede Rodrigo Facio por medio de la conexión de la OBS con representantes de 33 unidades de trabajo (académicas, administrativas y adscritas a la Vicerrectoría de investigación) (OBS, 2020).

Al llevar a cabo un proceso de intervención, la UPS pone en marcha el Plan de Salud, el cual tiene como fin diseñar e implementar acciones para normar la salud de los trabajadores, de manera que se proteja y promueva la salud en el lugar de trabajo (OBS, 2019).

Este plan consiste en varios pasos: (1) la conformación de la Comisión de Salud Laboral con representantes de departamentos, secciones o unidades, jefatura administrativa y Dirección de la unidad de trabajo; (2) priorización de necesidades percibidas; (3) formulación del Plan de Salud según guía; (4) Presentación formal del Plan a todo el personal de la unidad de trabajo; (5) integración del Plan de salud en Planificación Estratégica; (6) implementación del Plan; (7) evaluación continua y/o reformulación del Plan (OBS, 2019).

El avance entre los pasos o etapas dependen del involucramiento de los participantes en el proyecto. Para el año 2019, de un total de 934 personas funcionarias que se encontraban en alguna etapa del Plan de Salud, 782 laboraban en unidades que estaban en la etapa de ejecución o reformulación. En un estudio diagnóstico realizado por la Unidad de Promoción de la Salud al personal universitario, se encontró que el promedio de edad era de 42 años. (OBS, 2019).

Con respecto a la parte de la intervención, esta comprende de compartir recursos en línea donde se estudia acerca de salud mental, nutrición, actividad física, entorno laboral y aspectos económicos. Adicionalmente, se realizan talleres y convivios teórico-prácticos con el personal de acuerdo con las necesidades reflejadas en el diagnóstico de salud, por ejemplo: autocuidado, finanzas saludables, comunicación y salud, lectura de etiquetas, resolución de conflictos, selección y compra de alimentos, entre otros más de 20 temas. El propósito de los planes o estrategias desarrollados con cada unidad de trabajo es que este sea realizado de manera conjunta por medio de una construcción colectiva donde se promueva una alta participación. Por consiguiente, es de suma importancia investigar cuál es la manera más pertinente de intervenir a las diferentes unidades de trabajo, según sus necesidades y limitaciones, con el fin de producir cambios, no solamente en los conocimientos, sino en las prácticas (OBS, 2019).

G. Insumos para el planteamiento de la propuesta de intervención

En este apartado se describen programas o modelos de intervención, educación o enseñanza de conocimientos que promueven el cambio en prácticas y/o actitudes con potencial para ser utilizados como parte de la propuesta metodológica de intervención para la promoción de prácticas saludables de dicha investigación.

1. Programas con enfoque cognitivo-conductual

El enfoque cognitivo-conductual surgió en la década de los años setenta mediante la creación de nuevas terapias enfocadas en la modificación de los patrones de pensamiento disfuncional, bajo el planteamiento de que los procesos cognitivos son los determinantes de la conducta y no el ambiente (Rojas y Tobón, 2005).

Un principio fundamental en el desarrollo del enfoque cognitivo-conductual es que se le da a las cogniciones un papel esencial en la conducta, lo cual busca determinar lo que las personas se dicen a sí mismas para entender su malestar emocional y las reacciones en el entorno. Con el tiempo, más que las cogniciones y diálogos internos, se ha establecido que es ante todo los significados que están en el fondo de tales cogniciones, el aspecto esencial en la conducta de las personas (Rojas y Tobón, 2005).

En el campo de la nutrición, esta herramienta psicológica se refiere a un tratamiento que se enfoca en establecer y mantener una conducta alimentaria adecuada. En la terapia cognitivo conductual (TCC) se pueden identificar algunos elementos terapéuticos claves como: la motivación y la psicoeducación, la cual consiste en explicar la relación que existe entre los pensamientos, conductas, emociones, reacciones físicas y patologías. Las técnicas conductuales como el automonitoreo y control de estímulos son muy utilizadas en el campo de la Nutrición. Por otra parte, las técnicas cognitivas, tales como la reestructuración cognitiva, se encarga de generar creencias más funcionales y adaptativas que permitan mejorar la adhesión al tratamiento; así como las demandas afectivas, la resolución de problemas, la imagen corporal,

la autoestima y la impulsividad, el entrenamiento y el fortalecimiento de las técnicas de autocontrol y de habilidades sociales (De la Vega y Hernández, 2018).

Los programas basados en esta estrategia terapéutica permiten que la persona descubra nuevas conductas para que al incorporarlas a su vida diaria tenga como resultado una mayor sensación de bienestar (Suárez y Suárez, 2019). Las intervenciones con este enfoque cognitivo-conductual en las que se promueve el mantenimiento de la alimentación, la organización de alimentos y rutinas, el entrenamiento, manejo y expresión de emociones, una comunicación familiar asertiva, la regulación de ansiedad y la resolución de problemas han demostrado ser positivas.

Por lo tanto, se puede decir que la TCC puede representar un abordaje adecuado en el que se trabaja la estructuración ambiental, se consideran los pensamientos y emociones, y se brinda al paciente herramientas suficientes, tanto cognitivas como emocionales, de forma realista y con alta efectividad para adquirir destrezas y buscar alternativas más saludables y viables en la vida cotidiana (De la Vega y Hernández, 2018).

2. Programas con enfoque de autogestión de salud

Si bien no hay una definición de referencia universalmente aceptada de autogestión de salud, a continuación, se presentan algunas definiciones que se han trabajado hasta el momento, principalmente en el ámbito clínico, sin embargo, estos conocimientos se pueden traducir a otras áreas o modelos de salud.

La autogestión de la salud es la capacidad de resolver los trastornos de salud más habituales, sin dependencias de terceros. El objetivo es aumentar la conciencia de comportamientos y las consecuencias de estas (Yeager *et al.*, 2016). Asimismo, se trabaja la confianza en las personas para que logren encargarse de la gestión social y emocional (Adams *et al.*, 2004).

Como se mencionó, la autogestión pretende que las personas conozcan y aprendan a gestionar su salud (a nivel físico, emocional, ocupacional y social) a través de información veraz y un plan de asistencia acordado y negociado conjuntamente con profesionales de salud, para que de esta manera tome parte activamente en las decisiones en conjunto con los profesionales de salud y logre controlar y/o gestionar los obstáculos que se presentan (Flinders Human Behaviour and Health Research Unit, 2006).

Además, es relevante que los profesionales en salud en estos casos muestren una actitud de apoyo para aumentar las capacidades y confianza de los pacientes, esto incluye acompañamiento y valoración de los progresos y problemas, y ofrecer ayuda para la resolución de problemas (Flinders Human Behaviour and Health Research Unit, 2006).

Cabe mencionar que existe una diferencia entre ofrecer educación al paciente y educación para la autogestión. Un ejemplo de esto sería que la educación tradicional se centra en ofrecer información al paciente relacionado con la enseñanza de destrezas técnicas para su enfermedad, mientras que la autogestión enseña capacidades acerca de cómo afrontar y resolver problemas. Otro ejemplo, es que los problemas tratados en la educación tradicional reflejan problemas habituales relacionados con una enfermedad en concreto, mientras que los problemas que se tratan con la educación para la autogestión los identifica el paciente o la persona participante (Barr *et al.*, 2003).

Adicionalmente, la educación tradicional se basa en que la educación o conocimiento de una enfermedad o condición provoca mejores resultados, mientras que la educación para autogestión se basa en la teoría de que una mayor confianza del paciente en su capacidad para introducir cambios que mejoren su vida provoca mejores resultados clínicos o en su bienestar general. Por lo tanto, el objetivo de la educación tradicional es el cumplimiento, mientras que la educación para la autogestión tiene como objetivo el aumento de la autoeficacia. Sin embargo, se reconoce que para mejores resultados la recomendación no sería descartar la educación

tradicional, sino más bien incorporar ambas, ya que la educación tradicional es necesaria más no suficiente (Jadad *et al.*, 2010).

La autogestión no se puede dar sin la proactividad de la persona beneficiada, por lo que requiere que se le brinde ayuda a la persona para desarrollar una actitud de liderazgo a favor de su salud, inclusive ciertos programas grupales de autogestión se manejan de manera tal que los lidera uno de los pacientes y no un profesional en salud, lo cual demuestra el empoderamiento de este hacia su condición (Jadad *et al.*, 2010).

Por otro lado, también se habla del uso de modelos que incluyan redes de apoyo que ayuden a la iniciación y mantenimiento de los cambios de comportamiento deseados, ya sea a nivel familiar, de pareja o en el ámbito laboral; especialmente se ha visto que esto puede ayudar a pacientes que no se encuentran convencidos o motivados del modelo de autogestión. Este apoyo se puede aplicar en forma de “1 a 1” o bien en grupos dirigidos (Barlow *et al.*, 2002).

No obstante, se debe aclarar que los profesionales en salud siguen teniendo la mayor parte de la responsabilidad, ya que pueden utilizar su experiencia para informar, ayudar y motivar a sus pacientes para autogestionar su salud (Barlow *et al.*, 2002).

Entre las habilidades específicas que se desarrollan en los programas de autogestión se encuentran (Apolinario *et al.*, 2018):

- La resolución de problemas: desde su identificación hasta generar e implementar una solución.
- La toma de decisiones: aprender a identificar señales de alerta cuando estén tratando sus síntomas y hacer las elecciones adecuadas para gestionar sus problemas o síntomas de la forma apropiada y basada en información clara.
- Utilización de recursos: aprender a establecer relaciones cercanas o de confianza con los profesionales de salud.

- Actuación: aprender a implementar un comportamiento específico con el fin de conseguir un objetivo.

Todo esto se traduce a un plan de acción realista que las personas pueden ejecutar a corto plazo y así mismo en el aumento de la autoeficacia.

3. Alimentación con sentido y alimentación intuitiva

Conviene describir el concepto de alimentación con sentido que ha sido integrado desde el 2011 por la OBS y su equipo interdisciplinario que conforma la UPS, como parte del abordaje de la alimentación saludable. Según MSc. Ana Yanci Zúñiga, el concepto de alimentación con sentido contempla la alimentación con un objetivo, desde todos los sentidos y reconociendo la historia, los patrones y los significados emocionales detrás de los alimentos, tomando en cuenta el por qué, el para qué, el cómo, el cuándo y el dónde se come lo que se come. Esta concepción se ha fortalecido complementándose con enfoques de alimentación intuitiva, alimentación consciente y salud en todas las tallas (A.Y. Zúñiga, comunicación personal, 24 de febrero de 2022).

La alimentación consciente contempla la atención plena a las señales del cuerpo utilizando como herramienta los conocimientos y usando los sentidos para ser consciente de este acto, dejando los pilotos automáticos que llevan a la persona a reaccionar de forma programada sin dejarse llevar por y patrones cotidianos que limitan esa libertad de acciones y pensamientos (Institute Nutricional Coaching, 2018). Asimismo, se potencia el desarrollo y uso de habilidades para la vida como toma de decisiones, autoconocimiento, pensamiento crítico y creativo, que promuevan el bienestar de forma sostenible y permitan tomar conciencia de las prácticas y sus causas; con el objetivo de ir en la misma línea que las metas planeadas en torno a la alimentación y que aquello que se consuma tenga una razón de ser (Institute Nutricional Coaching, 2018).

Es importante mencionar que la alimentación con sentido abarca el enfoque de salud en todas las tallas, alimentación intuitiva y la alimentación consciente. El primer enfoque, se refiere

a una concepción de salud en todos los tamaños de cuerpo, ya que considera que centrarse en el peso de la persona ocasiona una preocupación excesiva por la comida y el cuerpo, efectos rebote repetitivos (aumentos de peso acelerados después de una pérdida de peso). Además, otros indicadores de salud personal importantes, al enfocarse solo en el peso, pasan desapercibidos o a segundo plano y puede repercutir en trastornos de la conducta alimentaria, baja autoestima, entre otros riesgos de salud (Nieves, s.f).

Sumado a esto, una revisión sistemática muestra ejemplos de los efectos de programas basados en salud en todas las tallas o HAES por sus siglas en inglés (*health at every size*) con un enfoque en alimentación intuitiva y aceptación de la talla, a través de intervenciones grupales semanales. Esta forma de abordaje tuvo como resultado disminución en valores bioquímicos como colesterol total, colesterol LDL, triglicéridos y tensión arterial sistólica a los dos años de seguimiento (Tylka *et al.*, 2014).

Además, el grupo intervenido con enfoque HAES disminuyó la restricción alimentaria, la calificación de hambre física, desinhibición alimentaria, búsqueda de delgadez, sintomatología bulímica, insatisfacción corporal, depresión e insatisfacción de la imagen corporal y de la autoestima; todos estos efectos fueron medidos a largo plazo como muestra de un proceso de aprendizaje y cambio de conductas sostenible. Se destaca como uno de los efectos principales una mejor adherencia a prácticas que promueven salud física y bienestar psicológico que las intervenciones basadas en el peso corporal (Tylka *et al.*, 2014).

La alimentación intuitiva, por su parte, junto con la atención plena y la alimentación consciente han sido analizadas y resumidas en diversos estudios. Por ejemplo, se desarrolló un metaanálisis donde se establecieron relaciones entre intervenciones bajo dichos enfoques, demostrándose un impacto positivo en el comportamiento alimentario y factores emocionales y psicológicos de los participantes. A través de los resultados citados se observa que la atención, presencia y el no juicio en relación con la comida y el reconocimiento de signos internos de hambre y saciedad, son aspectos favorecedores a la hora de realizar elecciones de alimentos más

flexibles y acorde a dichas señales, minimizando la ingesta excesiva y el consumo guiado por factores emocionales y/o ambientales (Linardon *et al.*, 2021). Asimismo, intervenciones basadas en alimentación consciente y alimentación intuitiva, han mostrado ser efectivas reduciendo la alimentación emocional, el comer basado en factores externos; además de reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión (Rodrigues *et al.*, 2020).

Cabe destacar que, las intervenciones basadas en alimentación consciente e intuitiva reconocen de manera integral el concepto de conducta alimentaria, ya que toman en cuenta aspectos más allá de los biológicos ligados a "qué y cuánto comemos", sino que también toman en cuenta factores psicosociales, emocionales y ambientales que repercuten en la alimentación. Estas mantienen las premisas de responder a las señales internas de hambre y saciedad y evitar responder a situaciones emocionales o ambientales con el consumo de alimentos. Por ende, es clave recalcar que dichas intervenciones no se centran en cambiar los alimentos que el individuo consume, sino más bien en comprender la relación con la alimentación y sobre cómo la mente y el cuerpo entienden la experiencia de alimentarse, sin juzgar o catalogar los alimentos como buenos o malos, ayudando a los sujetos a comprender las razones de sus elecciones (Rodrigues *et al.*, 2020).

4. Educación nutricional grupal interactiva

Este modelo se realiza a través de la escucha de la persona facilitadora a las necesidades y deseos expresados por las personas participantes, facilitando en estas personas la construcción en grupo de su concepción de la razón de sus prácticas alimentarias (importancia) y su particular manera de aproximarse a una práctica nueva (deBeausset, 2018).

En relación con lo anterior, según deBeausset (2018) las condiciones necesarias para la efectividad de la educación nutricional grupal interactiva involucran:

- Grupo pequeño: que permita la comunicación cara a cara; de 8 a 15 personas se considera un rango bueno, y tradicionalmente se considera 12 como lo ideal para trabajo en grupo.

- Lugar: donde puedan sentarse en círculo o semicírculo; que ofrezca un poco de privacidad y condiciones adecuadas para hablar y escucharse entre participantes.
- Homogeneidad con respecto a intereses o problemas entre las personas asistentes.
- Personas con parecido nivel de actitud hacia la posibilidad de cambio (etapas de cambio).
- Mensajes contextualizados para el problema, la cultura y el nivel educativo de las personas.
- Secuencia de varias sesiones para aprovechar la sinergia del grupo y potenciar el proceso de cambio. Sesiones semanales (o máximo con intervalo de 15 días).
- Pocos mensajes por sesión, muy claros, orientados a la acción que las personas participantes deben tomar.

Por otra parte, las etapas de la educación grupal interactiva propuestas por deBeausset (2018) son:

a. Apertura y encuadre

El objetivo educativo de la fase de apertura y encuadre es preparar las condiciones para un ambiente ameno que pueda generar confianza en las personas; también, informar sobre la dinámica de participación que se espera, el tema propuesto y otros aspectos de la logística.

Luego se explica a grandes rasgos cómo la facilitadora va a manejar la sesión y lo que espera de ellos en cuanto a la participación, el uso de celulares, etc. Esto se llama encuadre, son las reglas del juego, y les ayuda a sentir más seguridad sobre lo que pueden esperar, lo cual abre su receptividad a lo que sigue.

b. Revisión de la Cotidianidad

El objetivo de la segunda fase es ayudar a las personas a examinar de forma realista sus comportamientos en relación con el tema de la sesión, para esto es necesario separar su conocimiento sobre lo que se debe hacer (ideal) de lo que realmente hacen (actual), es decir, facilitar que las personas sean honestas consigo mismas, con el grupo y la persona facilitadora, por medio de la expresión de sus comportamientos reales.

Las preguntas directas que se responden con palabras evocan una respuesta racional; la persona escoge y edita su realidad de acuerdo con su conocimiento de lo ideal. Por esta razón, es más útil una actividad con un dibujo, una foto, una acción, o cualquier medio donde no intervenga la palabra para que las personas proyecten en esta lo que realmente sienten o hacen.

c. Información con diálogo para la construcción de lo mejor viable

El tercer paso tiene por objetivo empezar a construir con el grupo de participantes una comprensión del tema y los posibles caminos a la acción. Las personas tienen que entender la importancia de cada acción que deben llevar a cabo y tienen que construir una estrategia para iniciar el proceso de cambio con la cual sienten que serían capaces de realizar.

La motivación se logra con el diálogo, y el diálogo se estimula básicamente con tres técnicas didácticas: a) demostraciones con materiales comunes para participantes, sencillos y físicos que pueden ser tocados y manipulados; b) analogías o experiencias comunes que ilustren los conceptos abstractos; c) trabajar con base en lo que las personas ya saben.

Por lo tanto, quien facilita el proceso ayuda a las personas participantes a construir una comprensión del concepto y un plan de lo que puede hacer para aplicarlo a su vida. Para esto, es necesario que la persona visualice el tipo de acción que puede llevar a cabo. Aquí se está construyendo la base para que luego la persona, al establecer sus metas, seleccione qué va a hacer en los próximos días.

d. Retroalimentación

El objetivo de esta parte es asegurarse de que las personas sepan cómo aplicar los conceptos que se han estado trabajando. No es necesario, ni deseable, que repitan teóricamente el concepto, sino que expliquen en sus propias palabras lo que aprendieron y cómo lo pueden aplicar a resolver problemas similares a los que se enfrentan en la vida cotidiana.

Para estimular la participación y el interés, la retroalimentación debe ser realizada de forma lúdica con algún juego, dinámica o actividad que involucre el uso de los materiales presentados anteriormente.

e. Planificación del cambio y cierre

Esta fase se compone de dos partes: las metas específicas que la persona elige y el cierre en dónde se da una reflexión o metacognición de lo hecho en la sesión.

- Metas: Una vez que cada participante se ha interesado en el tema, ha reconocido su importancia a través de tener claro el concepto, la relación entre este y él mismo, y ha identificado varias opciones factibles de cambio, ahora tiene que seleccionar su meta para la siguiente semana y planificar cómo la va a alcanzar. Cada persona debe planear qué va a hacer, cuándo y cómo.
- Cierre: Antes de la despedida, se pide a las personas participantes en colaboración grupal que sinteticen lo realizado en la sesión o que comenten sobre lo que fue nuevo para ellas. Se realiza así un repaso mental de lo tratado (una metacognición) que les ayuda a fijar los mensajes en la memoria y también sirve para afinar lo que no haya quedado claro. Este enfoque, ha sido utilizado durante muchos años en los trabajos realizados, tanto por el estudiantado como el profesorado de la Escuela de Nutrición de la UCR.

5. Enfoque interdisciplinario

A continuación, se explicarán brevemente uno de los tipos de enfoque de trabajo entre disciplinas que pueden aplicar en procesos de educación grupal. El término de enfoque interdisciplinario se refiere a la interacción entre diferentes disciplinas donde se comparten ideas, pero también se integran conceptos, procedimientos y se visualiza la resolución de un problema en común a través de un nivel más profundo de colaboración, lo cual resulta en un enriquecimiento mutuo (Henaó *et al.*, 2017).

Las técnicas de intervención entre varias disciplinas (por ejemplo: entrevista de un psicólogo, una evaluación nutricional, un examen físico por un médico deportivo, un programa individualizado) fomentan la automotivación para lograr cambios en estilo de vida a través de

la narración y autoescritura, por ejemplo, que lleva a los participantes a expresarse y liberarse de dificultades, miedos y problemas relacionados con la salud (Piana, 2013).

6. Programas virtuales

La educación en línea no consiste únicamente en cargar y descargar archivos de una plataforma virtual, sino que radica en la búsqueda de estrategias didácticas, las cuales deben ser de fácil comprensión y que así de este modo los estudiantes afiancen los contenidos. Además, las actividades de acompañamiento virtual no solamente deben clarificar el entendimiento de los contenidos, sino que deben aportarle a su desarrollo afectivo, en importantes contenidos actitudinales, es decir, conjuntamente deben crear un ambiente motivador, de interés y compromiso (Cáceres, 2020).

Las prácticas de comunicación sincrónica (interacción virtual en tiempo real) deberían tener una duración de entre 20 a 30 minutos en la sección que se brinda información nueva, es decir, cuando se está explicando el contenido de la sesión por parte del facilitador; puesto que si la intervención es prolongada, declinará la atención y el interés por la actividad y, sobre todo, es importante que el docente o facilitador se familiarice con el equipo, el programa y las interfaces de audio, video, chat, etc. que contiene (Cáceres, 2020).

A continuación, se exponen los momentos de una clase virtual sincrónica según Cáceres (2020):

a. Inicio

Esta etapa inicial cuenta con tres momentos los cuales son cruciales para el desarrollo del resto de la sesión:

- Saludo: consiste en dar la bienvenida a los participantes e involucrarlos desde el inicio, puede ser a micrófono y/o cámara abierta o a través del chat de la aplicación de videoconferencia, por ejemplo, el docente puede saludar al azar a sus participantes con entusiasmo y calidez.

- Motivación: a través del chat o micrófono abierto, procurar un acercamiento breve, no es solo una motivación hacia el tema, recae en que se interaccione en tiempo real y cada participante sienta el afecto del reconectarse con sus compañeros y docente.
- Objetivos: es la presentación de los logros que se pretende alcanzar. La comprensión de un contenido, la motivación hacia la investigación de nuevos temas, inclusive despejar las dudas de contenidos anteriores que no fueron del todo claros.

b. Desarrollo

Aquí se abordan los temas planificados (contenidos conceptuales, conversatorios, foros, etc.) de lo simple a lo complejo, con definiciones claras, sencillas y de fácil comprensión. En lo posible se recomienda que en la actividad las personas participantes mantengan la cámara y el micrófono cerrado para evitar distracciones. Al final de la actividad se requiere propiciar un espacio para responder inquietudes.

c. Cierre

Para finalizar la sesión es necesaria una evaluación para constatar el alcance de los objetivos, puede ser diagnóstica y/o formativa. Por último, la despedida radica en un mensaje de finalización de la clase y evaluar la experiencia en vivo para realizar las mejoras oportunas. Adicionalmente, en el siguiente cuadro se muestran algunas ventajas y desventajas de la educación virtual:

Cuadro 1.

Ventajas y desventajas de los programas virtuales como método de enseñanza o para sesiones educativas, Costa Rica 2020-2021.

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> - Es compatible con la actividad laboral y familiar de las personas debido a que se lleva a cabo desde su hogar o lugar donde se encuentra. - Existe mayor autonomía e independencia por parte del participante debido a que cada uno es responsable de realizar las actividades, ejercicios u otros de manera adecuada. - Facilita el uso de diseño de blogs, páginas web, documentos compartidos, el uso de medios sincrónicos y asincrónicos de comunicación como foros, chats, los cuales facilitan compartir documentos, creación de grupos, comunicaciones por texto y/o voz y el uso de software para población de habilidades diversas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Requiere inversión económica del facilitador y los participantes ya que se requiere de equipo como computadora, internet u otros. - El aprendizaje autorregulado es un déficit de educación virtual por la distracción que puede tener el participante; así como por problemas/inestabilidad del internet. - Limita a los participantes el establecer relaciones y situaciones de aprendizaje compartido o cooperativo con otros participantes, que enriquecen la experiencia cognitiva y que son propias de la educación tradicional; así como la participación de manera más natural y fluida.

Fuente: Garzozzi *et al.* (2020)

Como se muestra en el cuadro anterior, la virtualidad tiene tanto aspectos positivos como negativos que influyen en el aprendizaje de las personas, los cuales deben considerarse al planear las sesiones.

7. Uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) y los medios de difusión y su impacto en la promoción de la salud

El proceso de enseñanza y aprendizaje en promoción de la salud se puede enriquecer gracias al uso de las TIC, las cuales son definidas como dispositivos tecnológicos que ayudan a generar, cambiar y compartir información (Distéfano *et al.*, 2018).

La tecnología ha venido a crear nuevas maneras para comunicarse e interrelacionarse socialmente. Asimismo, es una herramienta para realizar búsqueda de información que impacta en diversas disciplinas científicas. Un área de aplicación es a nivel de la salud mental en la terapia cognitivo conductual, donde la teleterapia se vale de recursos en línea como blogs, foros, web, videos, redes sociales, evaluaciones en línea, correo electrónico, mensajería instantánea y aplicaciones móviles (Sandberg y Diéguez, 2015).

Estos recursos tienen ventajas como, por ejemplo, ampliar el alcance de los profesionales a zonas geográficamente alejadas, esto permite ahorrar tiempo y costos de traslado (Sandberg y Diéguez, 2015). Algunas de las ventajas de la incorporación de recursos tecnológicos en los procesos de enseñanza son el desarrollo de habilidades de razonamiento, desarrollo de la creatividad, mayor espíritu de cooperación y participación (Riveros y Mendoza, 2005).

Por otro lado, el uso de las redes sociales en línea para la difusión de mensajes en el ámbito de la salud complementa a las fuentes tradicionales de información. Asimismo, permiten el intercambio de información y experiencias entre usuarios y forman un lugar de apoyo para aquellos que presentan alguna situación común. Sin embargo, el uso de estos medios implica una gran responsabilidad por parte de los profesionales, ya que es muy importante que toda la información que circula y se intercambia deba ser verificada (Matarín, 2015).

Por medio de las redes, se plantea una infinidad de posibilidades para trabajar y llevar a cabo intervenciones de promoción y prevención en salud, interaccionar con usuarios, repartir conocimiento a todo aquel que quiera saber más, entre otras facilidades, gracias a la fácil y rápida propagación de mensajes a un número elevado de población y de territorios y en distintos idiomas. A pesar de estos facilitadores de la comunicación, lo ideal es contar con un complemento a los recursos presenciales, pues el contacto humano y la comunicación en persona para la tarea de promover salud es fundamental (Matarín, 2015).

Se deben tomar en cuenta varios factores o condiciones para que los contenidos sean realmente accesibles a todo tipo de usuarios, por la posible existencia de limitaciones cognitivas.

Una opción en el caso de los vídeos en línea es el uso de subtítulos que facilitarían el acceso a personas con problemas auditivos, así como un diseño más sencillo, con menos enlaces y botones que facilita el acceso a las personas con problemas cognitivos o menos familiarizadas con los recursos en línea, todo esto con el objetivo de evitar la brecha digital (Gabarrón y Fernández, 2015).

8. Hallazgos importantes en la página web de la OBS

Resulta importante bajo la presente investigación, describir la información disponible a la comunidad universitaria en la página web de la OBS, en la sección de Promoción de la Salud a la cual pertenece el programa Enlaces OBS. Esta página aparte de contener información con respecto al quehacer de la OBS y el equipo que la conforma tiene una sección de temas de salud que incluye: a) actividad física y recreación, b) alimentación con sentido, c) arte y salud, d) autocuidado, e) salud bucodental, f) salud mental y g) sexualidad integral. Asimismo, tiene una sección donde se explican los ejes de trabajo tanto para la salud estudiantil como la del personal universitario, otra sección de noticias recientes y una de blogs.

Entre las noticias recientes que se encuentran en la página, se ubica una relacionada al tema de UCR Saludable. Esta es una estrategia llevada a cabo por la OBS, que es el mecanismo que operativiza el Modelo de Salud Vida Creativa, y busca posicionar la salud en todos los espacios y poblaciones universitarias. Para esto, la OBS parte de la premisa de que la salud es el pilar fundamental para alcanzar el bienestar y el éxito académico y laboral. El objetivo de esta estrategia es que se pueda convocar a más personas a unirse y a participar del conjunto de acciones que se están liderando (Vargas, 2021).

Esta noticia es de suma importancia debido a que contextualiza el enfoque que tiene la OBS con respecto a sus intervenciones, información que fue tomada en consideración a la hora de realizar la propuesta de la presente investigación. Dicho lo anterior, UCR Saludable se fundamenta en el nuevo modelo que define la salud como: “la capacidad individual y colectiva en construcción dinámica del bienestar físico, mental, espiritual y social con responsabilidad

compartida, en armonía con el ambiente para la vivencia de una vida creativa” (Vargas, 2021, párr. 4).

El objetivo es que esta estrategia sea una plataforma para implementar las siguientes cinco áreas estratégicas del Modelo de Salud (Vargas, 2021):

- Fortalecimiento de políticas y planes estratégicos universitarios de salud enfocados a un cambio cultural en la comprensión de la salud.
- Creación de ambientes favorecedores en la vida cotidiana de la comunidad universitaria.
- Fortalecimiento de la persona con sentido humanista, compromiso y participación social.
- Gestión integrada de procesos de salud con equidad y eficacia.
- Fortalecimiento de la cooperación entre instancias universitarias.

Adicionalmente, cabe destacar que, según Vargas (2021), desde la OBS se trabaja en torno el reforzamiento de los ejes de Gestión Política, Entornos favorecedores, Gestión de la Salud y Comunicación, los cuales se consideraron en la propuesta de intervención.

En conclusión, para las personas pertenecientes al Programa Enlaces-OBS, UCR Saludable significa un avance y fortalecimiento del acceso a recursos para el bienestar y la salud en sus unidades de trabajo. Además, esta estrategia permite continuar ofreciendo oportunidades de crecimiento pensadas y construidas a partir de la experiencia e intereses identificados con la comunidad funcionaria y con enfoque desde los determinantes sociales de salud (Vargas, 2021).

III. Objetivos

A. Objetivo general

Desarrollar una propuesta de intervención para la promoción de prácticas saludables relacionadas con alimentación y nutrición desde los determinantes sociales de la salud en el personal universitario que participa en el programa Enlaces-OBS de la Sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica, 2020.

B. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas, la situación de salud, conocimientos y prácticas con respecto a alimentación saludable de la población en estudio.
2. Determinar los factores que limitan o facilitan efectuar cambios hacia prácticas saludables relacionadas con alimentación y nutrición en el grupo de estudio.
3. Determinar las características deseables desde el punto de vista del personal universitario y del personal de la OBS de una intervención que promueva prácticas saludables relacionadas con alimentación y nutrición en la población en estudio.
4. Plantear una síntesis con los aspectos teóricos y metodológicos, que deberían contemplarse para el diseño de una intervención que promueva prácticas saludables relacionadas con alimentación y nutrición en personas funcionarias de la UCR.

IV. Marco metodológico

A continuación, se detalla la metodología utilizada para la presente investigación:

A. Enfoque metodológico y tipo de estudio

El presente estudio tiene un enfoque mixto, que según Ñaupás *et al.* (2014), pretende conjugar los procedimientos de la investigación cualitativa con los de la investigación cuantitativa con el fin de lograr calidad total en el estudio. El enfoque cualitativo permite plantear teorías, explicaciones o hipótesis a partir de los resultados obtenidos y su análisis correspondiente; mientras que, el cuantitativo permite analizar las variables en un contexto determinado utilizando métodos estadísticos (Sampieri *et al.*, 2010, pp.4-7).

En la figura 2 se detallan las etapas llevadas a cabo en la presente investigación:

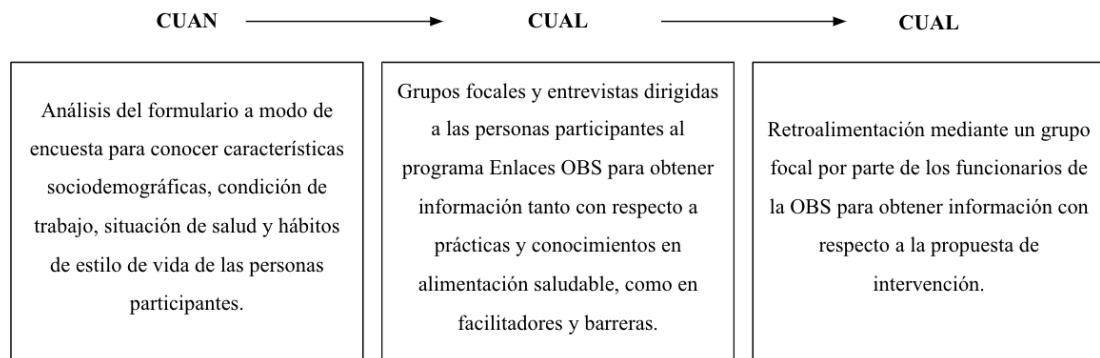


Figura 2. Etapas metodológicas presentes en el estudio en cuestión, Costa Rica, 2020-2021.

B. Población

El presente estudio cuenta con tres poblaciones:

1. Personas funcionarias de la Sede Rodrigo Facio y participantes del programa Enlaces OBS en etapa de sensibilización que fueron tomados en cuenta después de responder el formulario de “Análisis Situacional de Salud en Funcionario” aplicado entre los años 2015 – I semestre del año 2018.

2. Personas que pertenecen al programa Enlaces OBS y que al momento del estudio pertenecían a unidades de trabajo que se encontraban en la etapa de reformulación del plan de salud.
3. Personas funcionarias de la Unidad de Promoción de Salud de la OBS.

C. Muestra

Para la recolección de datos cuantitativos, la muestra estuvo conformada por 932 personas derivadas del formulario “Análisis Situacional de Salud en Funcionarios” aplicado por la OBS en los años 2015- 2018 (Anexo 1), de esta muestra un 57% eran mujeres y un 43% hombres.

Por otra parte, para la recolección de datos cualitativos se contó con una muestra de 35 personas que fueron contactadas para participar en grupos focales (y entrevistas) y conocer su opinión o experiencias en diversos temas relacionados a alimentación saludable.

A continuación, se detalla la cantidad de personas participantes según sexo y modalidad en la que fueron contactadas.

Cuadro 2.

Caracterización de las personas participantes de los grupos focales pertenecientes al programa Enlaces OBS. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021

Unidad	Cantidad de grupos/ entrevistas	Cantidad de personas participantes	Sexo	
			Mujer	Hombre
Académica	4	4	3	1
Administrativa	4	19	16	3
Investigación	2	12	9	3
Total	10	35	28	7

Como se observa en el cuadro 2, de la muestra total cualitativa, se contó principalmente con la participación de mujeres (80%). Cabe mencionar que no se recopiló la información personal, por lo que no se tienen los datos de edad o socioeconómicos.

En total se realizaron seis grupos focales. Con respecto a las unidades académicas, debido a la baja convocatoria, no se logró cumplir y coordinar en un mismo horario el mínimo de tres personas para formar un grupo focal, por lo que se trabajó por medio de cuatro entrevistas individuales a profundidad.

La cantidad de grupos focales o entrevistas que se lograron llevar a cabo dependieron de la respuesta y disponibilidad de las personas voluntarias según la metodología planteada, así como de la saturación de la información. Para ello es importante aclarar que los grupos focales se conformaron y se separaron según unidades de trabajo, es decir, en académicas, administrativas o UAVI, según su disponibilidad.

La muestra conformada por las personas participantes del programa Enlaces-OBS cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: i) ser mayor de 18 años, ii) ser persona funcionaria de la UCR, Fundación UCR o miembro del Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública (CICAP) de la sede Rodrigo Facio, iii) pertenecer a una unidad de trabajo que esté en alguna de las etapas del Plan de Salud del Programa Enlaces OBS y iv) tener disposición para participar en el estudio. Cabe mencionar que el estudio no tiene criterios de exclusión.

Es importante hacer notar que, para la muestra cualitativa, únicamente se tomaron en cuenta personas funcionarias de unidades académicas, administrativas o UAVI, que estuvieran en la etapa de reformulación del plan de salud; esto con el fin de poder explorar con mayor profundidad las barreras y facilitadores que han tenido para ejecutar cambios hacia prácticas saludables.

Con respecto a las personas funcionarias del área de salud de la OBS, se llevó a cabo un grupo focal; en el que se contó con la participación de nueve personas trabajadoras de la OBS en diferentes disciplinas como Nutrición, Educación Física y Recreación, Psicología, Enfermería, Medicina, Trabajo Social, Periodismo y Arte. Seis de esas nueve personas participantes eran mujeres.

D. Definición de variables y categorías de análisis

Como se mencionó anteriormente, el estudio tiene un enfoque mixto. Las variables cuantitativas son: características sociodemográficas, condición de trabajo, situación de salud y hábitos de estilo de vida. El cuadro de operacionalización de variables se muestra en el Anexo

2. A continuación, se muestran las definiciones:

1. Características sociodemográficas: son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas-culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando en cuenta aquellas que puedan ser medibles (Juárez y Orlando, s.f.)
2. Condición de trabajo: descripción de la jornada laboral, puesto de trabajo, nombramiento y lugar de trabajo.
3. Situación de salud: descripción de las condiciones que promueven el bienestar físico, mental, emocional y social para el desarrollo de las capacidades humanas.
4. Hábitos de estilo de vida: acciones y percepciones para mantener y mejorar el estado de bienestar del individuo.

Para la parte cualitativa, las categorías de análisis fueron: conocimientos y prácticas con respecto a alimentación saludable y situaciones que impiden o facilitan la realización de cambios hacia prácticas saludables. El cuadro de categorías de análisis (Anexo 3) desglosa la subcategoría, la definición correspondiente y la técnica de recolección de datos que se utilizó. A continuación, se muestra la definición, según el contexto de la investigación, de las variables mencionadas anteriormente:

1. Conocimientos con respecto a alimentación saludable: información, conceptos, comprensión y análisis de las características adecuadas en relación con alimentación saludable (González, 2016).
2. Prácticas con respecto a alimentación saludable: ejecución de los conocimientos que poseen las personas en relación con alimentación saludable (Michue y Ramírez, 2016).
3. Situaciones que impiden o facilitan la realización de cambios hacia prácticas saludables: Situaciones internas o externas a las personas que dificultan o potencian la ejecución de prácticas saludables o cambios relacionados a estas.

E. Recolección de datos

El proceso de recolección de la información siguió las siguientes etapas:

I Etapa: Elaboración de instrumentos

Para la recolección de datos cualitativos, se elaboraron dos guías de grupo focal. La primera guía de grupo focal se utilizó con las personas funcionarias cuyas unidades de trabajo participan en el programa Enlaces-OBS (Anexo 4). Dicha guía estaba conformada por cuatro secciones y 14 preguntas con el objetivo de indagar en cuanto a los temas de salud, conocimientos y prácticas acerca de alimentación saludable, barreras y facilitadores de prácticas saludables, opiniones en cuanto a la metodología impartida en el programa Enlaces-OBS, entre otros.

La segunda guía de grupo focal, dirigida al personal de la OBS, estaba conformada por tres secciones y 15 preguntas (Anexo 5). El objetivo de este grupo focal era conocer acerca de las metodologías utilizadas previamente en las intervenciones del programa Enlaces OBS y conocer las opiniones de los profesionales en cuanto a lo expresado por las personas funcionarias durante los grupos focales, principalmente en relación con lo que detallaron como idóneo para una futura metodología de intervención.

II Etapa: Prueba de instrumentos

La guía de grupo focal dirigida a las personas participantes del programa Enlaces OBS se aplicó previamente a un grupo de personas con características similares a la población de interés y una base de conocimientos similar acerca de alimentación; para ello se convocó la cantidad de personas recomendadas para un grupo focal.

Por medio de este grupo se evaluó que las preguntas fueran claras y respondieran a los objetivos de la investigación. Además, esta experiencia sirvió de capacitación al grupo facilitador, permitiendo un acercamiento a la aplicación de la técnica de grupos focales previo a su implementación con los y las participantes pertenecientes a las diferentes unidades.

No se aplicó una prueba de instrumento para el grupo focal dirigido al personal de la OBS, debido a que no fue posible contar con una población de características similares a la de las personas en estudio.

III Etapa: Reclutamiento de las personas participantes

Para el reclutamiento de los y las participantes de la investigación, la nutricionista de la OBS brindó el contacto del informante clave (o también llamados enlaces de unidad) de cada unidad académica, administrativa y UAVI, con el fin de facilitar los canales de comunicación con las personas participantes del programa Enlaces OBS. Seguidamente, se enviaron correos electrónicos a dichos contactos con la carta de presentación y la invitación para participar en los grupos focales; estos enlaces de unidad a su vez se encargaron de distribuirlo a sus compañeros de trabajo.

Este correo además incluía un formulario realizado en la plataforma de Google Forms mediante el cual se les preguntó el nombre, correo electrónico, número de teléfono, posibles horarios en los cuales podrían participar, así como la unidad de trabajo a la cual pertenece (Anexo 6). Posteriormente, se les envió un correo electrónico individual, a las personas

interesadas en participar, con el consentimiento informado adjunto (Anexo 7) y el enlace de una llamada virtual por medio de Zoom® para asistir al grupo focal.

En dicho consentimiento informado, los participantes accedieron a participar de una videollamada que fue grabada, no obstante, se informó que esto se realizó únicamente con fines académicos y que los datos personales de cada persona no iban a ser utilizados en la investigación ni se iba a identificar lo expresado con el nombre real de la persona, manteniendo así la confidencialidad de los datos.

IV Etapa: Recolección de datos

Los datos cuantitativos de esta investigación surgieron de una base de datos preexistente generada por la OBS, conformada por los datos obtenidos a partir del formulario titulado “Análisis Situacional de Salud en Funcionario” (Anexo 1), elaborado y aplicado por la unidad de Promoción de la Salud de la OBS entre los años 2015 – I semestre 2018 a las personas funcionarias cuyas unidades de trabajo participaron en el programa Enlaces OBS.

Es importante aclarar que dicho formulario resguarda el anonimato de los encuestados, por tanto, la base de datos no incluye información que se pueda ligar a la persona que lo contestó con los demás datos. Asimismo, cabe destacar que no se utilizaron datos posteriores al primer semestre del 2018 debido a que se habían realizado cambios significativos en la formulación de las preguntas del formulario, por lo que los datos no podían ser comparables.

Para la obtención de datos cualitativos por parte de las personas funcionarias, como se mencionó anteriormente, se llevaron a cabo seis grupos focales. Esta técnica de recolección de información (grupo focal) se caracteriza por el uso explícito de la interacción grupal para producir datos que, de lo contrario, serían menos accesibles. Por su parte, dicha técnica promueve la interacción entre los participantes, lo cual brinda la oportunidad de estimular la generación de ideas, así como observar interacciones entre las personas (García y Mateo, 2000). Para estos se convocaron de seis a diez personas para cada uno, pues según Sampieri *et al.*

(2010), es lo ideal para que el grupo focal sea efectivo, no obstante, el número de participantes a la hora de ejecutar la investigación fue variable entre tres y seis personas por grupo focal.

Los grupos focales se llevaron a cabo bajo la modalidad virtual por medio de la plataforma digital Zoom® con la presencia de un entrevistador, quien se encargó de hacer las preguntas y moderar la discusión, así como un relator y un observador, quienes ayudaron con el manejo de la plataforma, anotaron las respuestas e impresiones verbales y no verbales, y observaron el comportamiento del grupo entre los participantes. Adicionalmente, se aclaró que el rol de las investigadoras presentes iba a ser únicamente de escucha y guía en la conversación, pero que en ningún caso se realizaría algún tipo de evaluación o se emitirían criterios personales acerca de su conocimiento en nutrición.

Debido a que no se logró convocar la mínima cantidad de participantes para conformar un grupo focal con las unidades académicas, en su lugar se llevaron a cabo entrevistas individuales con cuatro personas. Si bien las entrevistas al ser individuales no permiten una interacción con otros participantes y puede generar obstáculos en la apertura, confianza o comprensión de las preguntas por parte del entrevistado, esta metodología permitió un mayor detalle al lenguaje verbal y no verbal del entrevistado, así como un abordaje más profundo de su experiencia personal (García y Mateo, 2000). Cabe destacar que las entrevistas también se llevaron a cabo bajo la modalidad virtual, con la presencia de un moderador y un observador. Además, se utilizó la misma guía de preguntas realizada para los grupos focales con el fin de abarcar los mismos temas.

Posteriormente, se convocó al personal de salud de la OBS mediante una sesión virtual vía Zoom® y se les brindó una presentación parcial de los resultados obtenidos en los grupos focales realizados con los funcionarios de la UCR participantes del Programa Enlaces, con el fin de obtener retroalimentación en cuanto a las propuestas y posibles mejoras en el programa ya existente y/o en la instancia como tal, descrito por las personas funcionarias.

Además, como se mencionó anteriormente, se hizo énfasis en conseguir información acerca de las metodologías de intervención en salud con base en experiencias previas del personal entrevistado. Cabe mencionar que esta técnica de entrevista semiestructurada fue utilizada debido a que según Díaz *et al.* (2013):

permite un grado mayor de flexibilidad que las entrevistas estructuradas, ya que no parte de preguntas planeadas y pueden ser ajustadas a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (p.163).

F. Análisis de datos

Para el análisis de los datos cuantitativos, se unificó la información a partir de las bases de datos provistas por la OBS, con el fin de estandarizar el orden y la redacción de las preguntas y respuestas. Una vez unificada la información, se agruparon las preguntas en diferentes categorías para facilitar el análisis. Se dividió en las siguientes secciones: características sociodemográficas, condición de trabajo y ambiente laboral, situación de salud (física, mental y emocional), hábitos (alimentarios, fumado, consumo de alcohol, actividad física, ocio) y factores psicosociales.

Posterior a la realización del plan de tabulación y análisis, se aplicó mayoritariamente estadística descriptiva, utilizando el programa Microsoft Excel®. Según el tipo de variable, se calcularon promedios, porcentajes, medias, desviaciones estándar, entre otros. Para cada pregunta se desglosaron las respuestas de manera cuantitativa y cabe destacar que fue necesario para cada una aclarar la cantidad de participantes (n) que respondieron, ya que varió de manera importante en casi todos los casos. Por último, a partir del n se calcularon los porcentajes de cada respuesta.

Por otra parte, la información obtenida a partir de los grupos focales y las entrevistas, se transcribió palabra por palabra utilizando el programa Word de Microsoft Office®. Para garantizar la calidad de la transcripción, se realizó una lectura repetida y exhaustiva de cada una

de ellas junto con su respectivo audio, por al menos dos de las investigadoras. Una vez obtenidos los resultados, estos se codificaron con base en las categorías de análisis (Anexo 3). Éstas se generaron, en primer lugar, a partir de los objetivos de la investigación y de la lectura previa de las transcripciones, no obstante, posteriormente surgieron categorías emergentes durante la codificación.

Cada categoría poseía diferentes subcategorías con su respectiva definición construida por las investigadoras a partir de las anotaciones realizadas con base en las frases y comentarios por parte de los participantes. Posteriormente, se utilizó el software QDA Miner Lite® para realizar la codificación de cada una de las transcripciones y obtener de manera automática los resultados sobre las frecuencias y cantidades de participantes que mencionaron cada una de las subcategorías en cada una de las unidades de trabajo.

Una vez generados todos los datos necesarios en el software, se determinó para cada una de las unidades cuáles subcategorías fueron mayor o menormente mencionadas con el fin de compararlas las unidades entre sí, discutir los principales hallazgos en cada una de ellas y seleccionar aquellas frases y comentarios de los participantes que mejor representaran cada subcategoría. Es importante hacer notar que la idea de hacer el análisis por tipo de unidad para después comparar entre ellas fue con el fin de determinar si era necesario ajustar la propuesta de intervención según el tipo de unidad. El análisis de las barreras y facilitadores se hizo tomando en cuenta los DSS.

G. Desarrollo de la propuesta de intervención

Una vez analizados los resultados en relación con las características sociodemográficas, la situación de salud, los conocimientos y prácticas con respecto a alimentación saludable de la población en estudio; así como los factores que limitan o facilitan efectuar cambios hacia prácticas saludables relacionadas con alimentación y nutrición y las características deseables de una intervención según la población en estudio, se hizo una presentación de resultados preliminares al personal de la Unidad de Promoción de la Salud de la OBS.

Posteriormente se llevó a cabo una entrevista grupal con el fin de obtener su retroalimentación en cuanto a las características que debería tener la intervención educativa con base en los resultados presentados, así como conocer su enfoque educativo y metodologías de intervención. Posteriormente, se procedió a realizar una revisión bibliográfica de otras propuestas de intervención. Tomando en consideración todo lo anterior, se planteó la intervención que promueve las prácticas saludables relacionadas con alimentación y nutrición en personas funcionarias de la UCR que participan en el programa Enlaces-OBS y que se encuentran en la etapa de reformulación del plan de salud.

La figura 3, resume la metodología utilizada:



Figura 3. Metodología de la investigación, Costa Rica, 2020-2021.

Con el fin de cumplir con todas las etapas de la investigación mencionadas anteriormente, se diseñó un cronograma (Anexo 8), en el cual se detallan las actividades realizadas con su fecha correspondiente.

V. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el cuestionario aplicado por la OBS a las personas de la muestra cuantitativa; así como también, lo obtenido por medio de los grupos focales y entrevistas a personas de la muestra cualitativa.

A. Caracterización de las personas participantes

Se presentará la caracterización de las personas participantes, la cual incluye su situación sociodemográfica, situación laboral, situación de salud y el concepto que tienen de la misma.

1. Características sociodemográficas de las personas participantes

Tal y como se dijo anteriormente, en el estudio participaron tres poblaciones diferentes. A continuación, se presenta únicamente la información sociodemográfica de las personas participantes en el estudio cuantitativo, ya que como se mencionó anteriormente, por aspectos propios de la investigación, no se cuenta con información sociodemográfica de las personas participantes en el estudio cualitativo.

Cuadro 3.

Distribución porcentual de las personas funcionarias según características sociodemográficas. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015 – 2018.

Características	Porcentaje (%)
Sexo (n=929)	
Mujer	57
Hombre	43
Edad* (n=927)	
Adulthood joven (18- 39 años)	52
Adulthood media (40 años- 60 años)	45
Adulthood mayor (60 o más años)	3
Estado conyugal (n=930)	
Convive en pareja	54
No convive en pareja	46

** Se presentan estos datos según la clasificación que han realizado los profesionales en psicología en cuanto a las etapas de la adultez (Stassen, 2009).*

Se puede observar que después de que las personas respondieron su edad, esta fue categorizada como adultez joven, media y mayor. El promedio general de edad fue de 40 años (± 11), aunque más de la mitad de la muestra (52%) la conforman personas con edades entre los 18-39 años. Un 54% de la muestra convive en pareja, mientras que cerca de la mitad de las personas son solteras, viudas, separadas o divorciadas.

2. Condición laboral

Asimismo, las personas de la muestra cuantitativa respondieron preguntas acerca de su condición laboral y situación de trabajo, como su puesto de trabajo, unidad de trabajo a la que pertenece, jornada laboral y su nombramiento, los cuales se describen a continuación.

Cuadro 4.

Distribución porcentual de las personas funcionarias según condición laboral. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015 – 2018.

Características	Porcentaje (%)
Puesto de trabajo (n=875)	
Técnicos	42
Profesionales	24
Docente	23
Trabajadores Operarios	5
Jefes y Directores	3
Unidad de trabajo (n=915)	
Unidades Administrativas	45
Unidades Académicas/de Docencia	30
UAVI	25
Nombramiento (n=914)	
Plaza fija	57
Plaza interina	38
Una parte en plaza fija y otra parte interina	6
Jornada laboral (n=913)	
Tiempo completo	82
Menos de tiempo completo	14
Más de tiempo completo	4

En el cuadro anterior se puede observar, que las personas poseen predominantemente puestos técnicos, profesionales y de docentes (89%). Más de la mitad de las personas funcionarias cuentan con una plaza fija (57%) y la mayoría (82%) trabajan a tiempo completo.

A todas las personas encuestadas se les preguntó en cuál oficina o departamento trabaja, por ejemplo, la Escuela de Lenguas Modernas o la Oficina de Asuntos Estudiantiles,

seguidamente con estos datos, se categorizó esa información en unidades de trabajo, ya que esa es la manera en cómo la OBS los recluta.

La OBS divide las oficinas en tres unidades: las unidades académicas, las unidades administrativas y las UAVI, esto se define según la afinidad de sus tareas con el tipo de unidad, por ejemplo, las personas que desarrollan labores de docencia se encuentran dentro de unidades académicas.

Como se puede ver en el cuadro anterior, según lo presentado por las personas encuestadas, la mayor parte pertenece a unidades administrativas (45%), seguido de unidades académicas (30%) y finalmente, las UAVI (25%).

Por otra parte, relacionado también a su trabajo, se les preguntó acerca de su situación económica y se indagó en las condiciones físicas de sus oficinas, sus relaciones interpersonales en el área laboral, como se describe en el siguiente cuadro.

Cuadro 5.

Distribución porcentual de la situación de trabajo de las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2015-2018.

Característica	Porcentaje (%)
Situación económica actual: (n=921)	
Mi salario me alcanza e incluso logró ahorrar	46
Mi salario me alcanza, pero no logró ahorrar	40
No me alcanza mi salario	14
Detalle situación económica actual: (n=915)	
Me basta con el salario de la Universidad	49
Tengo que endeudarme, pero salgo bien con todo	24
Tengo un trabajo adicional al de la universidad	22
Tengo que endeudarme para mantener mi nivel de vida, pero no logro estar al día con mis deudas	5
Condiciones físicas del lugar de trabajo (n = 920)	
Son condiciones buenas, pero no son las ideales para mi labor	37
Son óptimas y me permiten desarrollarme como trabajador	40
No son condiciones buenas ni ideales para mi labor	23
Relaciones interpersonales en el lugar de trabajo (n = 921)	
Son buenas, pero podrían mejorar	38
Agradables	46
No son agradables	16

Es importante rescatar que la situación económica de la gran mayoría de las personas encuestadas refleja que su salario les alcanza (86%) e incluso cerca de la mitad indicaron que logran ahorrar (46%). Sin embargo, cabe destacar a la luz de estos datos, que el 22% de los encuestados indicó que tiene un trabajo adicional al de la universidad. Adicionalmente con respecto al ambiente laboral, la mayoría reportó tener condiciones físicas buenas y relaciones agradables, ya sea con sus jefes o compañeros de trabajo.

3. Situación de salud

A continuación, se presentan los resultados obtenidos relacionados con la situación de salud de las personas participantes, la cual se desglosa en enfermedades, uso de servicios de salud, prácticas de autocuidado, situaciones psicológicas, estado nutricional y autoevaluaciones.

a. Enfermedades

Por medio de la información recolectada a través del formulario, en el cual se enlistan diferentes enfermedades con el fin de conocer el estado de salud de los encuestados, se lograron determinar las principales enfermedades presentes en los participantes, las cuales se detallan en el cuadro 6:

Cuadro 6.

Distribución porcentual de las principales patologías presentes en las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2015-2018.

Enfermedad	Porcentaje (%)
Enfermedades del tracto gastrointestinal (n=932)	43
Colesterol y/o triglicéridos elevados (n=932)	33
Alergias (n=932)	27
Lumbalgia o dolores de espalda (n=932)	24
Hipertensión (n=932)	18
Migrañas (n=888)	18
Otra (n=932)	10
Ninguna (n=888)	26

Como se muestra en el cuadro anterior, las principales enfermedades que presentan las personas participantes son relacionadas a la alimentación, siendo estas enfermedades del tracto gastrointestinal, hipercolesterolemias e hiperlipidemias. La categoría mostrada en el cuadro como “otras” engloba: asma, enfermedades nerviosas, problemas de circulación y diabetes.

b. Uso de los servicios de salud

Asimismo, también se recolectó información con respecto a la frecuencia de visitas médicas y el lugar de elección para esta atención médica, excluyendo emergencias (figura 4), obteniendo los siguientes resultados:

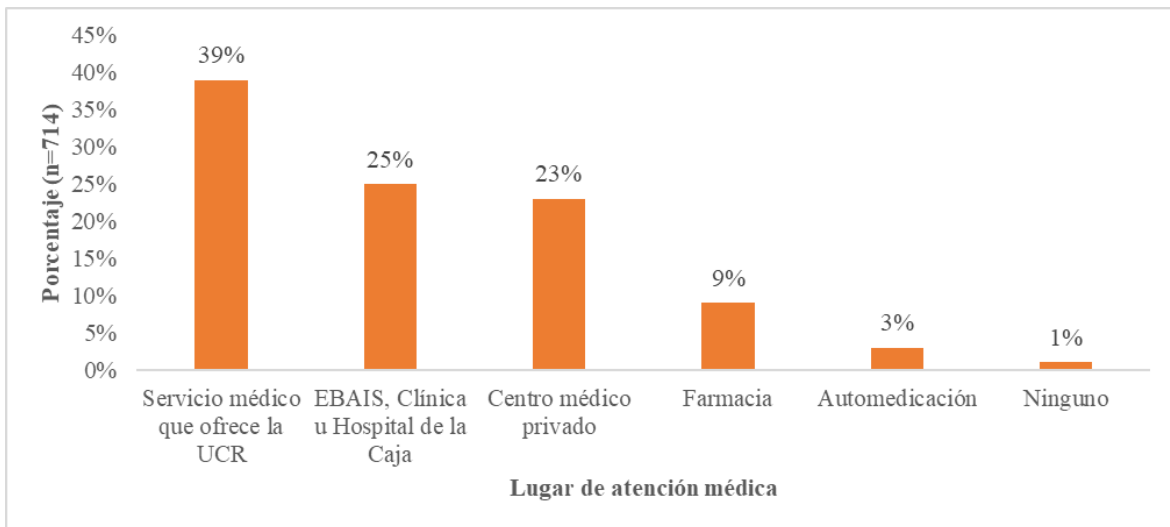


Figura 4. Distribución porcentual de las personas funcionarias según lugar de la atención médica. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015 – 2018.

Como se muestra en la figura 4, un 40% de las personas asisten al servicio médico que ofrece la UCR, seguido por un EBAIS, clínica u hospital de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), y un centro médico privado. Sin embargo, cabe mencionar que estas visitas a los servicios médicos varían en frecuencia dependiendo de las personas, tal y como se muestra a continuación en la figura 5:

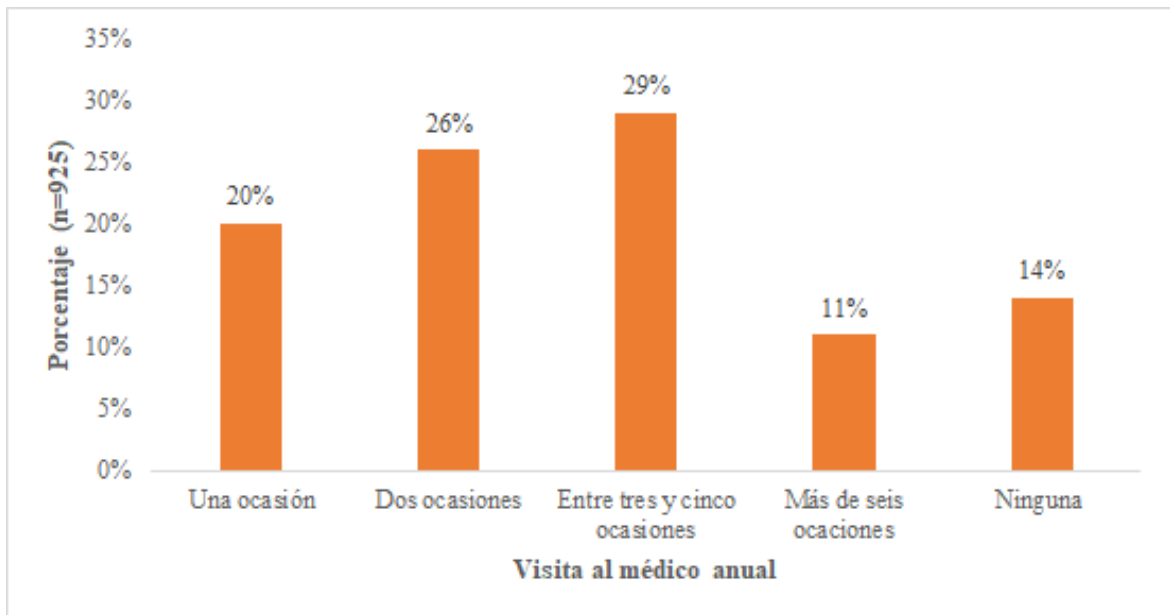


Figura 5. Distribución porcentual de las visitas anuales de las personas funcionarios. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015 – 2018.

Es importante resaltar que alrededor de la tercera parte de las personas visitan los servicios médicos en promedio entre tres y cinco ocasiones al año y que existe un 14% que refiere no utilizarlos nunca.

c. Prácticas de autocuidado

Por otra parte, se analizaron dos aspectos relacionados a prácticas de autocuidado en salud: la frecuencia de toma de presión arterial y de azúcar en sangre. Cabe mencionar que, esto se les preguntó a todas las personas que llenaron el cuestionario, independientemente de si tenían una condición de hipertensión o diabetes. A continuación, se muestran los resultados obtenidos:

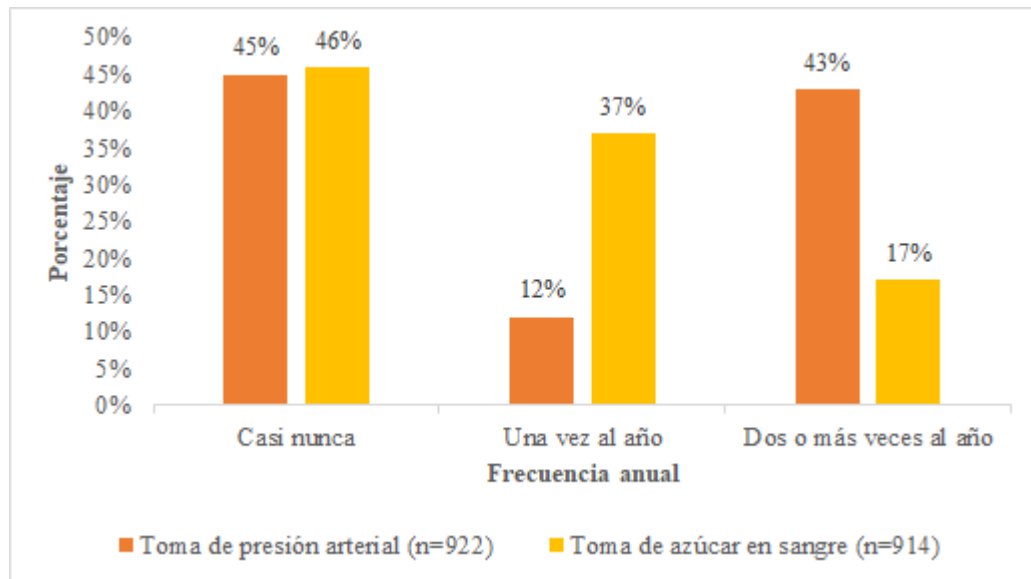


Figura 6. Distribución porcentual de las prácticas de autocuidado de las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015-2018.

Como se muestra en la figura 6, la frecuencia de toma de presión arterial y de azúcar en sangre es poco frecuente, ya que alrededor de la mitad de los participantes reportan casi nunca realizarlo.

Con respecto a otras prácticas de autocuidado como la higiene del sueño, un 35% de los encuestados (n=714) dicen presentar problemas para conciliar el sueño.

d. Situaciones psicológicas

Asimismo, se analizaron algunas situaciones psicológicas que presentan las personas participantes, las cuales se muestran a continuación:

Cuadro 7.

Distribución porcentual de situaciones psicológicas presentes en las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2015-2018.

Situaciones psicológicas	Porcentaje (%)
Presencia de estrés laboral (n=921)	21
Negatividad (n=713)	19
Sentimiento de soledad (n=714)	18
Presencia de llanto sin causa conocida (n=922)	7
Percepción del sentido de la vida (n=919)	7
Autopercepción de ser mala persona (n=925)	5

Los datos del cuadro 7 muestran como la principal situación psicológica está relacionada con el trabajo y el estrés que este les produce, seguida de negatividad y sentimiento de soledad.

e. Autoevaluaciones

Por último, el formulario les solicitaba a las personas participantes que le asignaran, en términos generales, una puntuación del 1 al 10 (siendo 10 la nota más alta) a su salud mental y física. Para la autoevaluación física (n=857) se obtuvo un resultado promedio de 7,78 ($\pm 1,36$) y la mental (n=640) obtuvo un promedio de 8,34 ($\pm 1,47$); obteniendo un mejor resultado la autoevaluación mental que la física.

4. Concepto de salud

Con respecto a la información cualitativa recolectada las tres diferentes unidades de trabajo estuvieron de acuerdo en una definición particular sobre el término de salud según sus criterios, que es que comprende un bienestar integral y un balance de las siguientes áreas de la vida: física, mental, emocional y espiritual. Una de las personas participantes lo define de la siguiente manera:

“Entonces, para mí, la salud definitivamente está vinculada a lo que es el concepto del bienestar y hablamos justamente de un bienestar que tiene aspectos tanto físicos, verdad, como aspectos también emocionales, entonces para mí vendría siendo este estado de bienestar en el cual las personas pueden encontrarse, en donde hay un proceso de armonización entre las distintas áreas de su vida, entonces va más allá de la presencia o no de alguna enfermedad o de alguna patología e incluye definitivamente desde esta visión integral, aspectos vinculados con el funcionamiento emocional y psíquico de las personas.” **(Participante 4, Unidad Académica)**

Por otro lado, algunos participantes de las UAVI y de las unidades académicas, concuerdan con que la salud *“... incluye una alimentación saludable, ejercicio, descanso...”* **(Participante 6, UAVI)**, es decir, con realizar un conjunto de prácticas y hábitos.

B. Conocimientos y prácticas con respecto a la alimentación saludable

A continuación, se presenta la información cualitativa recolectada acerca de los conocimientos y prácticas con respecto a alimentación saludable.

1. Conocimientos acerca de alimentación saludable

Según los resultados obtenidos sobre el conocimiento acerca de alimentación saludable, las tres unidades de trabajo están de acuerdo en que la alimentación debe ser individualizada, lo que significa que no se debe estandarizar, ya que depende de los requerimientos, necesidades, preferencias y gustos de la persona.

Adicionalmente, relacionan el concepto de alimentación saludable con la práctica de una alimentación consciente. Para la mayoría de la población participante de las unidades académicas y las UAVI, la alimentación consciente es prestar atención a los alimentos que se están consumiendo (evitando distracciones de cualquier tipo), así como disfrutar sin culpa alguna, el alimento que se esté consumiendo; mientras que algunos de las unidades administrativas indican que esto es saber qué se está consumiendo y si eso es bueno o malo para el cuerpo.

Por otro lado, las tres unidades de trabajo indicaron que se debe consumir todos los grupos de alimentos como los carbohidratos, proteínas, grasas, lácteos, frutas, vegetales, entre otros; ya que cada uno de ellos son necesarios para el organismo. También, otra opinión expresada, es que se deben realizar todos los tiempos de comida en horarios establecidos, sin realizar ayunos prolongados.

Además, personas funcionarias de las tres unidades de trabajo indican que se debe cuidar la cantidad; lo que identifican como comer balanceado, equilibrado y con moderación, es decir, solo lo necesario para cada individuo. Asimismo, les resulta importante la calidad de los alimentos, que definen como: saber el origen de los alimentos y cómo se preparan, con el fin de escoger los mejores.

Otro aspecto encontrado, es que en las tres unidades de trabajo hubo desacuerdo dentro de los participantes de cada unidad en si se deben eliminar y/o restringir grupos de alimentos, ya que consideran que, en ocasiones es necesario restringir o limitar ciertos grupos de alimentos, específicamente cuando se trata de alimentos de baja calidad nutricional, cuando no son beneficios para el organismo o cuando predomina un único grupo de alimentos.

Sin embargo, en las tres unidades de trabajo hay algunas personas que indican que se deben incluir todos los tipos alimentos en la alimentación debido a que la restricción de estos es capaz de generar consecuencias que pueden llevar a las personas a conductas alimentarias inadecuadas y que ningún alimento es perjudicial si se evitan los excesos. Por último, la importancia del consumo de agua es un conocimiento presente sólo en algunas de las unidades administrativas y de las UAVI.

En el siguiente cuadro se resumen citas textuales mencionadas por las personas participantes en relación con estos aspectos.

Cuadro 8.

Conocimientos acerca de alimentación saludable encontrados en los grupos focales. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021.

Conocimiento	Unidad académica	Unidad administrativa	UAVI
Tener una alimentación individualizada	<i>"... va a depender de qué actividad haga cada uno, depende de si la persona es sedentaria o si realiza actividad física, dependiendo de todo eso es el tipo de alimentación y las cantidades que uno va a requerir. Además, hay que tener en cuenta los gustos de las personas porque no a todos nos gusta lo mismo." (P1)</i>	<i>"consumir lo que el cuerpo necesita para mantenerse saludable." (P8)</i>	<i>"Entonces todo depende de cada organismo, cada persona. No todos tenemos la misma forma de cómo alimentarnos y también, no todos necesitamos siempre las mismas cantidades de alimentos" (P1)</i>
Alimentación consciente	<i>"Sí, a la hora de comer, estar uno concentrado en comer porque ahora se come con el celular, se come si uno está aquí en la casa come con la televisión, realmente entra el bocado, usted lo medio mastica y se lo traga porque ni le está poniendo atención ni le toma el sabor a lo está comiendo..." (P1)</i>	<i>"Que sepa lo que está comiendo, que le sienta un gusto verdadero, no solo por comer, sino que haya una satisfacción plena." (P1)</i>	<i>"La alimentación saludable es también ser consciente de lo que necesito para poder alimentarme mejor y que es lo que necesito para sentirme bien." (P1)</i>
Grupos de alimentos	<i>"...ahí es importante el tema de los</i>	<i>"...para mí la alimentación</i>	<i>"Hasta el momento llevamos frutas,</i>

Conocimiento	Unidad académica	Unidad administrativa	UAVI
	<p><i>equilibrios. Todos los grupos de alimentos son fundamentales.”</i> (P4)</p>	<p><i>saludable es esta que nos permite consumir, adquirir todos los nutrientes que el cuerpo necesita en la cantidad necesaria.”</i> (P12)</p>	<p><i>vegetales, alimentos con fibra, hidratación, semillas...Bueno y los lácteos, todo lo que son lácteos, por supuesto. El yogur...Los carbohidratos creo que harían falta también.”</i> (P8 y P9)</p>
Tiempos de comida	<p><i>“...uno necesita también ese equilibrio en sus tiempos de comida y eso también forma parte de la salud, verdad, la alimentación saludable y reconocer la importancia de esos tiempos, verdad, para crear ese equilibrio también en tu cuerpo.”</i> (P4)</p>	<p><i>“comer saludable implica hacer bien los tiempos de comida verdad, no saltarse ningún tiempo...”</i> (P10)</p>	<p><i>“También agregar la parte de los tiempos de comida. Hacer todos los tiempos de comida y también tener el horario.”</i> (P2)</p>
Cantidad de alimentos	<p><i>“Pero el punto es en qué cantidad y qué tipo, verdad. Entonces no podemos priorizar uno u otro.”</i> (P4)</p>	<p><i>“Bueno yo pienso que la alimentación saludable es comer de todo, pero con medida”</i> (P5)</p>	<p><i>“...es comer lo necesario”</i> (P8)</p>
Calidad de alimentos	<p><i>“Ese equilibrio y ese reconocimiento de los alimentos y de los nutrientes y de lo que nos aporta es lo importante para poder tener una</i></p>	<p><i>“...la alimentación saludable me... Yo también la relaciono como, de a dónde vienen los alimentos y cómo se hacen...”</i> (P19)</p>	<p><i>“La alimentación saludable es igual como decía antes, un balance de todas las vitaminas, minerales, proteínas que necesitamos</i></p>

Conocimiento	Unidad académica	Unidad administrativa	UAVI
	<i>alimentación saludable.” (P4)</i>		<i>para sentirnos bien.” (P1)</i>
Eliminar/restringir alimentos	<i>“que más bien las que tenemos que tratar de eliminar son las que nos gustan más: las papitas a la francesa, las hamburguesas, las pizzas... porque realmente el aporte en nutrientes que este tipo de comidas tiene es mínimo.” (P4)</i>	<i>“...dejar las harinas de lado, la comida chatarra no... tal vez una vez al mes o una vez a la semana sí...” (P11)</i>	<i>“entonces eso nos da como una idea de la forma de alimentación saludable que es evitar un poco lo que son las harinas blancas, los azúcares y las grasas.” (P1)</i>
No eliminar/restringir alimentos	<i>“Lo que uno debe aprender es cantidades y balance porque precisamente es uno de los problemas de cuando las personas hacen dietas, eliminan cosas y cuando ya se siente bien de su peso las vuelve a comer y precisamente le viene el rebote porque el cuerpo ya no estaba acostumbrado a esa parte...” (P1)</i>	<i>“Entonces volvemos a lo que hablábamos de que es salud, es lograr un balance. Yo creo que la alimentación va de la mano con la salud en que es eso de lograr un balance. No sufra por la ensalada, pero tampoco por la torta chilena” (P4)</i>	<i>“...yo creo que en resumen lo que se ha mencionado es como la frecuencia, la calidad y el balance.” (P3)</i>

Respecto al cuadro anterior, se logra observar que las personas participantes cuentan con cierta información basada en mitos. No obstante, manejan conocimientos adecuados como la importancia de la alimentación consciente, que la alimentación debe ser individualizada según

las necesidades de cada persona y que la calidad y cantidad de los alimentos que se consume es esencial para lograr tener una alimentación adecuada; pero, de igual manera, existe falta de información y conocimiento en estos aspectos.

2. Prácticas saludables

A continuación, se presenta la información recolectada acerca de las prácticas acerca de alimentación saludable y las relacionadas con hábitos de estilo de vida.

a. Prácticas acerca de alimentación saludable

De acuerdo con las prácticas acerca de alimentación saludable, las tres unidades de trabajo consideran que practican un consumo balanceado de alimentos, que lo interpretan como consumir los diferentes grupos de alimentos a lo largo del día en las porciones que consideran adecuadas, ya que piensan que todos los nutrientes son necesarios.

Las tres unidades concuerdan en que realizan varios tiempos de comida a lo largo del día que incluyen desayuno, almuerzo, cena y meriendas, y realizan estos tiempos como una práctica saludable en alimentación. En la siguiente cita se puede evidenciar lo anterior:

“Pero para mí lo principal, no brincarse los tiempos de comida o hacer una sola comida y uno dice ayyy! almorcé tarde, con eso me la juego ahora solo me tomo un café y ya, eso fue todo lo que consumió. Para mí eso es súper inadecuado, pero sí establecer los tiempos y tenerlos claros, no brincárselos.” (Participante 2, Unidad Administrativa)

Según los datos cuantitativos recolectados por la OBS (n=714), el 63% de las personas encuestadas realizan de tres a cuatro tiempos de comida al día y 33% realizan cinco o más tiempos de comida diariamente, es decir el 96% realiza al menos 3 tiempos de comida diariamente.

Ahora, con respecto a la muestra cuantitativa que respondió a sus hábitos, en el cuadro presentado a continuación se encuentran enlistados los resultados en cuanto a las prácticas de alimentación relacionadas a los tiempos de comida.

Cuadro 9.

Distribución porcentual de prácticas relacionadas a los tiempos de comida según las personas participantes. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2015-2018.

Prácticas de alimentación relacionadas a los tiempos de comida	Porcentajes (%)
Tiempos de comida (n=714)	
3 a 4 al día	63
5 o más al día	33
Otros	4
Omite tiempos de comida (n=714)	
Sí	31
Causas de omisión de tiempos de comida (n=222)	
Falta de tiempo	63
No le da hambre	23
Para controlar el peso	5
Falta de recursos económicos	1
Otros	8

Según lo expuesto en el cuadro anterior, más de la mitad de la muestra realiza de tres a cuatro tiempos de comida al día, seguido de una tercera parte que consume cinco o más. Sin embargo, cerca de un tercio de las personas participantes indican omitir tiempos de comida principalmente por falta de tiempo y porque no les da hambre.

Es importante hacer mención de un pequeño porcentaje de la muestra que omite tiempos de comida para controlar el peso, siendo esta una práctica no saludable ni recomendada para este fin. Por otra parte, dentro de las causas de omisión de tiempos de comida reportadas por otros, se rescata la costumbre de no hacer algún tiempo de comida en específico.

La mayor parte de las personas participantes de las unidades académicas, así como la mitad de las unidades administrativas, indican que el no seguir dietas restrictivas es una práctica de alimentación saludable que ellos realizan. Esta práctica se describe como no fomentar ni apoyar las dietas en las que se restringen o eliminan por completo, o bien se aumenta el consumo, de un alimento o un grupo de alimentos, ya que han observado que por lo general esto lleva a consecuencias negativas en la salud. A continuación, se presenta lo expresado por algunos participantes:

“...Bueno yo he conocido varias (haciendo referencia a prácticas de alimentación que no está de acuerdo), por ejemplo, sustituir varias comidas al día, yo no comparto eso, yo no voy con eso de que sustituir toda una, una comida grande como por sólo un batido especial y esas cosas, yo en lo particular creo que no es bueno...” **(Participante 17, Unidad Administrativa)**

Asimismo:

“...yo no comparto la de, bueno y que he visto que se ha hecho como muy famosa últimamente que son los ayunos, los ayunos muy prolongados, como di, gente que en un día sólo toma líquido digamos, o sopas, y sí, no, no me parece que sea como muy saludable.” **(Participante 19, Unidad Administrativa)**

No obstante, es importante hacer notar que, alrededor de la mitad de las personas de las unidades administrativas y algunas personas participantes de las UAVI consideran que eliminar o restringir alimentos es una práctica de alimentación saludable. A su vez, algunas personas de las unidades administrativas expresaron estar de acuerdo con prácticas como seguir dietas populares que están de moda en redes sociales y entre la población como la dieta *keto*, que consiste en consumir una cantidad muy limitada de carbohidratos, mientras que el consumo de grasas y proteínas predominan en esta dieta; o el reto “no azúcar”, en el cual se eliminan los productos y alimentos fuente de azúcar de la dieta.

Por lo tanto, se observaron contradicciones acerca de si la puesta en práctica de una alimentación saludable incluye restricciones alimentarias o no y si es importante mantener una

estructura rígida para lograr implementarla. Por un lado, se habló de la importancia del amor propio, el cual consideran que lleva a evitar las restricciones alimentarias cuyo origen es la culpabilidad, sin embargo, por otro lado, se definió la disciplina alimentaria como una mentalidad necesaria para mantener una adecuada selección de alimentos. Además, algunas personas, especialmente de las unidades administrativas, se referían a alimentos procesados como “pecado” o expresaban que tenían que “confesar” que les gustan los postres o las harinas como si debieran sentir culpa al ingerirlos.

Por otra parte, las tres unidades de trabajo concuerdan en que una práctica de alimentación que llevan a cabo es elegir los alimentos según las necesidades y preferencias, es decir que una alimentación saludable y la búsqueda de alimentos que generen bienestar puede verse distinta entre las personas, ya que la elección de los alimentos se basa en los gustos y preferencias del individuo, así como sus necesidades, incluyendo emociones, intolerancias, alergias u otras condiciones especiales de salud.

En cuanto a la planificación de las comidas, personas de las tres unidades mencionan realizar esta práctica, la cual implica establecer previamente dónde, qué y cuánto comprar, realizar acciones que facilitan la preparación y el consumo de los alimentos, debido a que esto les permite consumir más alimentos de mayor calidad nutricional, así como evitar la sobreproducción y/o el desperdicio. Lo anterior también se relaciona con lo que algunas personas participantes de las unidades mencionaron sobre preferir consumir alimentos preparados en sus casas, principalmente porque pueden consumir los alimentos que gusten, frescos y preparados a su gusto.

Por otro lado, según los resultados obtenidos, el asesorarse y/o educarse es una práctica de alimentación saludable llevada a cabo por todas las personas de las unidades académicas, quienes la relacionan con tomar decisiones adecuadas, por lo que han buscado diferentes formas para instruirse e inclusive educar a otros a partir de los conocimientos adquiridos. En el caso de

la alimentación consciente como práctica saludable, es relevante y practicada por algunos de las distintas unidades.

Una práctica mencionada por unas pocas personas es el consumir agua frecuentemente a lo largo del día, ya que les parece una práctica importante que les hace bien.

A continuación, se presenta un cuadro en el que se resumen y se comparan los puntos más relevantes para cada una de las unidades, en relación con las prácticas acerca de alimentación saludable descritas anteriormente.

Cuadro 10.

Comparación de los resultados de las prácticas acerca de alimentación saludable según las personas de las unidades de trabajo entrevistadas. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021.

UAVI	Unidad académica	Unidad administrativa
<p>La mayoría intenta incluir todos los grupos de alimentos a lo largo del día, evitando excesos y a la vez permitiéndose romper la rutina de vez en cuando para llevar una alimentación saludable. Para ello, algunos eligen alimentos que sean apetitosos y que no generen molestias, aversión o intolerancias. Además, algunos incorporan la planificación de comidas al establecer dónde, qué y cuánto comprar y de esta manera consumir alimentos frescos y evitar comida callejera y/o chatarra. Algunos hablaron de realizar todos los tiempos de comida. Otras prácticas que algunos llevan a cabo son: asesorarse con profesionales en salud y consumir agua.</p>	<p>Todos buscan asesorarse o educarse constantemente con el fin de llevar una alimentación saludable. Por otro lado, la mayoría de los participantes consumen todos los alimentos en las cantidades que consideran adecuadas, sin seguir dietas restrictivas y en tiempos de comida establecidos. Asimismo, planifican las comidas en términos de tiempo, presupuesto, y preparación. Por último, la mitad de los participantes buscan estar presentes a la hora de comer, así como escuchar y responder a los gustos y preferencias con libertad y sin culpa, es decir llevar una alimentación consciente.</p>	<p>La mayoría consume alimentos que consideran saludables en porciones que consideran adecuadas en diferentes tiempos de comida durante el día. No obstante, hubo contradicción en lo que la mitad opina, ya que unos eliminan o restringen alimentos y otros no siguen dietas que eliminan o restringen alimentos y/o tiempos de comida; sin embargo, indican que planifican y realizan sus alimentos con anticipación y estos son elegidos según los gustos, necesidades y circunstancias de la persona. Por otro lado, algunos practican la alimentación consciente y/o buscan asesoramiento y educación en profesionales o fuentes de información confiable.</p>

En cuanto al consumo de alimentos, los resultados analizados se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 11.

*Distribución porcentual acerca del consumo de alimentos según las personas participantes.
Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021.*

Prácticas de alimentación relacionadas al consumo de alimentos	Porcentajes (%)
Consumo de frutas y vegetales al día (n=928)	
1 a 2 porciones	58
3 a 4 porciones	32
Otros	10
Consumo de lácteos al día (n=917)	
1 a 2 porciones	79
3 a 4 porciones	11
Otros	10
Consumo de frituras a la semana (n=915)	
No consume	34
1 porción	36
Otros	30
Consumo de comida rápida a la semana (n=925)	
No consume	30
1 porción	49
Otros	21
Consumo de repostería a la semana (n=921)	
1 porción	40
2 porciones	22
Otros	38
Consumo de alimentos empacados a la semana (n=926)	
No consume	26
1 porción	38
Otros	36
Consumo de bebidas gaseosas a la semana (n=919)	
No consume	50
1 porción	30
Otros	20
Cantidad de cucharaditas de azúcar (n=713)	
No consume	30
1 a 2 cucharaditas de azúcar	58
Otros	12

Tal y como se muestra en el cuadro anterior, el 90% de la muestra analizada mantiene un consumo inadecuado de frutas y vegetales. De forma similar sucede con el consumo de lácteos, en donde casi el 80% dice consumir solamente de 1 a 2 porciones.

Con respecto a los demás datos analizados, es posible afirmar que las personas participantes consumen semanalmente más frituras, comidas rápidas y alimentos empacados que repostería y bebidas gaseosas. Finalmente, el consumo de azúcar agregado indicado por la mayoría de la muestra es bajo, ya que corresponde a una o dos cucharaditas al día.

Es necesario señalar que no se cuenta con información sobre los tamaños de porción de los alimentos y bebidas indicadas en el cuadro anterior, ya que las preguntas de los formularios no contenían estas cantidades especificadas; razón por la cual tampoco se tiene certeza del concepto de porción que tienen los encuestados.

Por otra parte, la cantidad de cucharaditas de azúcar se refiere únicamente a la ingesta de azúcar agregada de las personas participantes según la cantidad de cucharaditas que incorporan a los alimentos y bebidas.

b. Prácticas saludables relacionadas a hábitos de vida

La mayoría de las personas participantes de las tres unidades de trabajo concuerdan en la importancia de la actividad física, incluyendo el ejercicio, como práctica saludable. Esta práctica la realizan al aire libre o en espacios más reducidos, así como de forma presencial o desde sus casas. Tal y como lo expresan las siguientes participantes:

“¡Zumba... porque me gusta hacer mucho Zumba!; entonces tengo una aplicación en el celular y ahí pongo hasta a mi hijo a hacer zumba conmigo; entonces eso siento que es tanto de beneficio para mí como para él para que se mueva un poquito, aunque estemos aquí en la casa.” (Participante 15, Unidad Administrativa)

Por otra parte, las actividades recreativas y el ocio son consideradas por todos los miembros de las unidades académicas como prácticas saludables que aplican porque contribuyen con el equilibrio de factores que promueven la salud, del mismo modo, es una forma de ejercer el derecho a la recreación y disfrutar diversas actividades según las preferencias de cada persona. No obstante, solo algunos participantes de las unidades administrativas y de las UAVI mencionaron esta práctica. Una participante ejemplifica lo anterior con la siguiente cita:

“Alguna actividad que nos permite refrescar nuestros pensamientos, salir de la monotonía de una rutina” (Participante 2, UAVI)

Prácticas como la higiene del sueño son relevantes para algunas de las personas que forman parte de las tres unidades. Finalmente, otras prácticas como el desarrollo espiritual y mantener una convivencia social saludable son puntos mencionados por algunas personas de todas las unidades. Dos personas participantes definen estas prácticas de la siguiente manera:

Con respecto al desarrollo espiritual:

“Por último, en la parte espiritual es sumamente importante, de acuerdo a la creencia de la persona.” (Participante 1, Unidad Académica)

De acuerdo con una convivencia social saludable:

“...poder compartir con mi esposo, porque antes ni lo veía y ahora sí, porque estoy apagando la computadora a las 5 de la tarde y ya estoy. Puedo compartir con él, podemos salir a caminar y hablar, cosa que antes era correr como siempre por la presa y el bus y era venir, comer y dormir.” (Participante 12, UAVI)

En el siguiente cuadro se resumen y se comparan los puntos más importantes para cada una de las unidades, en relación con las prácticas saludables descritas anteriormente.

Cuadro 12.

Comparación de los resultados de las prácticas saludables encontrados en las unidades de trabajo. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021.

UAVI	Unidad académica	Unidad administrativa
<p>La mayoría realiza actividad física que además sea disfrutable. Para algunos también es importante dormir bien y balancear la vida laboral de las actividades cotidianas. Además, para algunos es relevante cuidar su salud por medio del ocio.</p>	<p>Todos los participantes concuerdan en que el ocio es una de las prácticas saludables que ejecutan, ya que contribuye con el equilibrio de la salud. La mayoría coincide en que la actividad física es una práctica saludable que llevan a cabo. Sólo algunos indican que el desarrollo espiritual, la higiene del sueño y la convivencia social saludable son prácticas saludables que realizan.</p>	<p>Para la mayoría significa realizar ejercicio o actividad física varios días a la semana. Por otro lado, algunos indican que es realizar alguna actividad de ocio. Algunos consideran que es practicar hábitos saludables como una adecuada higiene de sueño.</p>

De acuerdo con el cuadro anterior, las prácticas saludables más comunes entre las unidades de trabajo son la actividad física y las actividades de ocio, dejando de lado la práctica de hábitos saludables como la higiene de sueño, que es llevada a cabo por la minoría; similar sucede con otras prácticas menos comunes como las relacionadas a la parte espiritual y social.

En el apartado anterior, las personas participantes mencionaron que la práctica fuera de horas laborales más importante era realizar actividad física. Ahora, a las personas encuestadas en el estudio cuantitativo se les preguntó la frecuencia y el tipo de actividad física que realizan. La figura 7 muestra la frecuencia semanal con la que estos realizan algún tipo de actividad física.

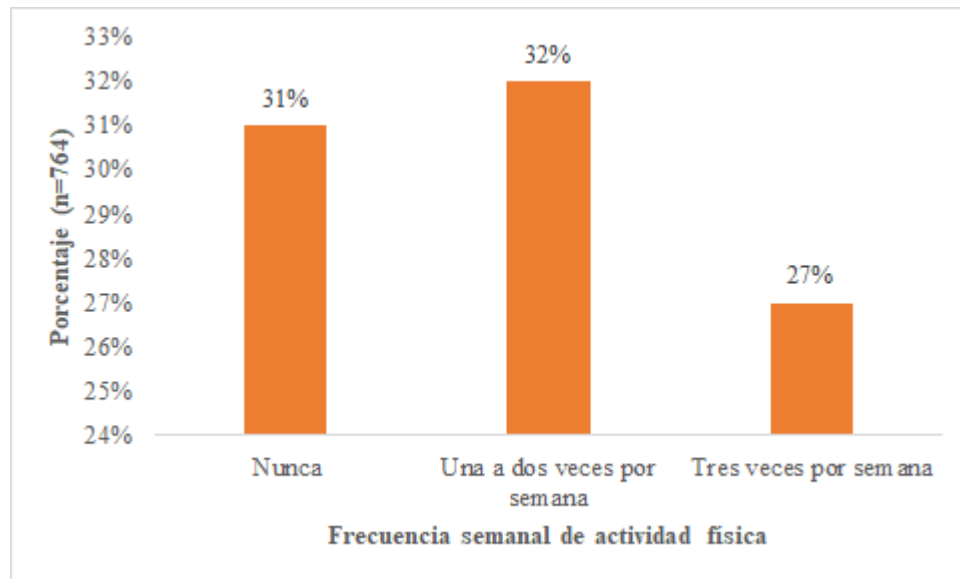


Figura 7. Distribución porcentual de la frecuencia semanal de actividad física realizada por las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015 – 2018.

Como se observa en la figura anterior, la mayoría de las personas encuestadas realizan actividad física de una a dos veces por semana o menos, mientras que pocos lo hacen tres o más veces a la semana. Por lo tanto, la mayoría de las personas participantes, según la OMS (2020), se clasifican como sedentarios debido a que realizan menos de 150 minutos de actividad física a la semana.

La causa principal de inactividad física reportada por los y las participantes (n=237) fue la falta de tiempo (52%), seguida por la falta de interés (26%) y la falta de compañía (5%). Por otro lado, un 14% de los encuestados mencionan otras causas adicionales como problemas de salud, lesiones, falta de hábitos, organización, depresión, cansancio, falta de disciplina, entre otros.

La falta de tiempo que indican las personas participantes como principal obstáculo para ejercitarse, se relaciona además con la poca disponibilidad de espacios seguros y cercanos para poder realizar actividad física sin tener que desplazarse largas distancias o asistir a lugares como

gimnasios cuyos horarios de atención pueden representar una limitante. Lo anterior puede explicarse como un eje de desigualdad, así como un determinante intermedio asociado a los recursos materiales.

Por otro lado, en el siguiente cuadro se muestran los deportes más practicados o el tipo de actividad física más común que realizan las personas encuestadas:

Cuadro 13.

Distribución porcentual según el tipo de actividad física realizada por las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2015-2018.

Actividad física	Porcentaje (%)
Caminar o correr (n=768)	73
Baile (n=713)	34
Natación (n=743)	25
Andar en bicicleta o hacer spinning (n=736)	23
Aeróbicos (n=689)	23
Fútbol (n=732)	18
Baloncesto (n=718)	5
Otro (gimnasio o pesas) (n=196)	38

Como se observa en el cuadro anterior, principalmente, realizan algún tipo de actividad física o deporte que se pueda practicar de manera colectiva y recreativa como caminar, correr, andar en bicicleta, fútbol, entre otras; sin embargo, se pueden realizar de manera individual y con entrenamientos más estrictos.

A continuación, se presenta una figura con respecto a las actividades que suelen practicar en el tiempo libre.

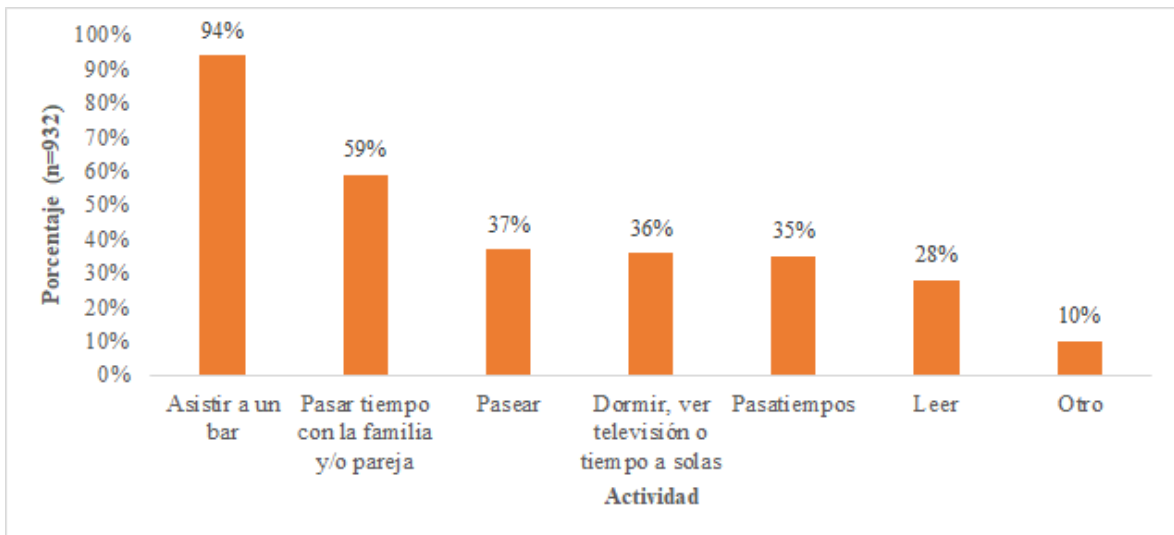


Figura 8. Distribución porcentual del tipo de actividad realizada en el tiempo libre por las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015 – 2018.

Como se identifica en la figura 8, la principal actividad realizada en el tiempo libre es asistir a un bar; no obstante, realizan algún otro tipo de actividad como pasar tiempo con la familia y/o pareja, pasear, leer, ver televisión u otros como ir al cine, hacer actividad física, estudiar.

Finalmente, se indagaron los hábitos relacionados al consumo de sustancias nocivas, los datos obtenidos sobre el fumado se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro 14.

Descripción de la práctica de fumado en las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2015-2018.

Fumado (n=922), %	
Sí	4
Cantidad mensual consumida, \bar{x} (DE)	
Días de fumado (n=29)	13 (11)
Cigarrillos fumados (n=28)	84 (246)

El cuadro anterior refleja que solamente un 4% de la muestra son fumadores activos. Utilizando la información de los días al mes que fuman los participantes, más el número de cigarrillos fumados al mes, se clasificó a esta muestra según los parámetros de la OMS y se obtuvo que el 93% de los fumadores se clasifican como fumadores leves, es decir que consumen en promedio menos de cinco cigarrillos diarios (Londoño *et al.*, 2011).

Otro hábito de vida analizado es la ingesta de alcohol en el que los resultados de la muestra (n=926) determinan que el 33% de los encuestados consumen alcohol; en la siguiente figura se brindan los datos de la frecuencia del consumo de alcohol.

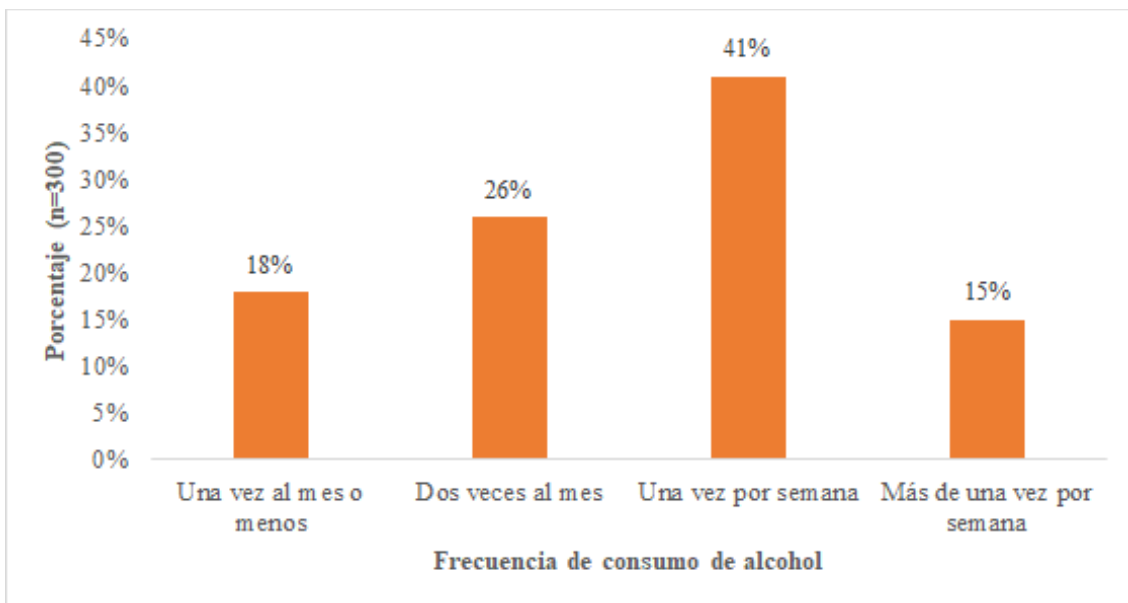


Figura 9. Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de alcohol por las personas funcionarias. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica. 2015 – 2018.

Según los datos de la figura anterior, el 56% de las personas participantes, consumen alcohol de manera seguida, es decir, una o más veces a la semana. A su vez, del total de consumidores de alcohol (n=201), un 93% reporta una frecuencia de consumo de alcohol de uno o dos tragos por hora, mientras que el 7% tres o más tragos por hora.

Ahora bien, resulta importante contrastar las prácticas relacionadas con alimentación saludable y los hábitos de estilo de vida con las barreras y facilitadores que las personas participantes reportan, los cuales se detallan a continuación.

C. Factores que limitan o facilitan efectuar cambios hacia prácticas saludables relacionadas con alimentación y nutrición según las personas participantes

A continuación, se muestran los principales hallazgos encontrados en cuanto a las barreras y facilitadores que reportan las personas participantes, así como su relación con los DSS.

1. Barreras que limitan los cambios según las personas participantes

Posterior a la recolección de información en los grupos focales y entrevistas, se realizó una comparación de lo que las personas expresaron acerca de las barreras identificadas a la hora de intentar realizar prácticas saludables, en relación con los DSS.

Para ello se trabajó con la adaptación del modelo descrito en el *Apartado IV: Marco Metodológico*, realizado por la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España (2010) (ver figura 1).

A continuación, se presenta a manera de resumen lo que expusieron las personas participantes como barreras, categorizado en los distintos determinantes estructurales.

Cuadro 15.

Barreras o situaciones que impiden las prácticas saludables según lo expresado por las diferentes unidades de trabajo en relación con los determinantes estructurales. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021.

Tipo de determinante social	Barrera mencionada
Contexto político	<p>Pandemia: limita salir a realizar actividad física por medidas sanitarias nacionales</p> <p>Falta de apoyo institucional: se promueven horarios estresantes y agobiantes</p> <p>Falta de espacios seguros y accesibles para recreación y/o realización de actividad física</p> <p>Poca oferta y regulación de ventas de comida nutritiva</p>
Contexto socioeconómico	<p>Patrones, creencias y costumbres instauradas</p> <p>Críticas del entorno familiar o social en cuanto a la realización de prácticas saludables</p> <p>Falta de conocimiento en opciones saludables y accesibles</p> <p>Falta de información en cuanto a manejo de presupuesto económico</p> <p>Productos no saludables más accesibles económicamente</p> <p>Publicidad engañosa de la industria alimentaria</p>
Ejes de desigualdad (Territorio)	<p>Falta de espacios seguros, cercanos y accesibles para recreación y/o realización de actividad física</p> <p>Tiempo de traslado prolongado a la oficina</p> <p>Sedentarismo por trabajo remoto y automatización de actividades cotidianas</p>
Ejes de desigualdad (Edad)	<p>Envejecimiento como factor que determina la salud</p>

Tipo de determinante social	Barrera mencionada
Ejes de desigualdad (Clase social)	<p>Falta de información en cuanto a manejo de presupuesto económico</p> <p>Exceso de información no confiable en medios de comunicación</p> <p>Desconocimiento sobre prácticas saludables y sobre el estado general de salud</p>
Ejes de desigualdad (Género)	Ausencia de red de apoyo (en el caso de las mujeres) para balancear labores del hogar

Asimismo, a continuación, se presenta lo expuesto como barrera por las personas encuestadas, categorizado en los distintos determinantes intermedios.

Cuadro 16.

Barreras o situaciones que impiden las prácticas saludables según lo expresado por las diferentes unidades de trabajo en relación con los determinantes intermedios. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021.

Tipo de determinante social	Barrera mencionada
Condiciones materiales de vida	Falta de disponibilidad y/o utilización de recursos para preparar y conservar alimentos Falta de acceso y variedad limitada a alimentos saludables a los alrededores de la oficina Falta de espacios seguros, cercanos y accesibles para recreación y/o realización de actividad física
Condiciones de empleo y trabajo	Demanda laboral alta Falta de tiempo para preparar alimentos elaborados Falta de tiempo para incorporar hábitos de actividad física Falta de acceso a equipo y recursos para preparar o conservar alimentos saludables en la oficina
Factores psicosociales-conductuales	Falta de disciplina/ Falta de voluntad a la hora de elegir alimentos Conductas alimentarias rígidas Premiarse con comida “no saludable” Cambios en la alimentación por fallecimiento de familiar o situaciones personales Desconocimiento sobre prácticas saludables y sobre el estado general de salud No practicar alimentación consciente/ no atender las señales del cuerpo

Tipo de determinante social	Barrera mencionada
Factores biológicos	Falta de regulación en manejo de porciones
	Higiene del sueño inadecuada
	Comprar comida rápida por comodidad
	Deseo de ser productivo siempre
	Gustos y preferencias que limitan la variedad de alimentos y consumo de agua
	Ansiedad y estrés
	Falta de reconocimiento de los estados de ánimo
	Sentirse desanimado
	Vínculos emocionales a los alimentos
	No atender las señales del cuerpo
Cohesión social	Intolerancias alimentarias
	Gustos y preferencias que limitan la variedad de alimentos y consumo de agua
	Higiene del sueño inadecuada
	Influencia de familia o amigos en elecciones de alimentos
	Ausencia de red de apoyo para facilitar labores del hogar
Influencia negativa de familiares para comer comida chatarra	
Pérdida de grupos de apoyo por la pandemia	

Tipo de determinante social	Barrera mencionada
Servicios de salud-bienestar	Desconocimiento sobre prácticas saludables y sobre el estado de general de salud

Esta investigación se enfocó en escuchar y mostrar el punto de vista de las personas con respecto a sus prácticas saludables, por lo que se considera pertinente presentar sus opiniones según sus vivencias personales (ya sean consideradas nutricionalmente correctas o no) para posteriormente analizarlas a la luz del contexto en el que viven y cómo los determinantes sociales influyen estas.

Como se observa en el cuadro 16, se evidencia que dentro de los principales factores que impiden las prácticas saludables se identifican los internos o personales, los cuales se pueden identificar como factores intermedios psicosociales o de conducta. El estrés y la ansiedad fueron mencionados por participantes de las tres unidades de trabajo, debido al impacto que tienen sobre la alimentación.

Según lo indicado, ya sea por situaciones personales de trasfondo emocional a las que se enfrentan y/o a la alta demanda laboral, el estrés y la ansiedad los lleva a consumir en exceso, a preferir alimentos que consideran como no saludables y/o a estar “picando” alimentos procesados constantemente como mecanismo para lidiar con sus emociones. Relacionado a este tema, algunas personas de las unidades académicas identificaron como barrera la falta de reconocimiento de los estados de ánimo, alineado con la falta de conocimiento de sus necesidades propias. En relación con lo anterior un participante comparte:

“Yo creo que se han incrementado muchos problemas en cuanto a la alimentación saludable porque no tenemos las herramientas para afrontar lo que estamos viviendo (haciendo referencia a la pandemia) ... como les digo uno entra también en esas preocupaciones, en esos temores, esas ansiedades y yo digo que no puede ser, ya en esta semana comí dos veces papitas ... y es eso, que empezás a sentir también estas situaciones externas a las cuales no podés controlar porque están llenas de incertidumbre y eso se

traduce en conductas que también afectan nuestra alimentación y también nuestro bienestar en general y nuestra salud” (Participante 4, Unidad Académica)

Según los datos cuantitativos obtenidos en el formulario de Situación de Salud acerca de situaciones psicológicas presentes en las personas funcionarias, el 21% de las personas encuestadas (n=921) respondieron sufrir de estrés laboral. Además, destacaron otras situaciones psicológicas que pueden afectar la salud mental y, por consiguiente, los hábitos alimentarios, tales como sentimientos de negatividad o de soledad.

Aunado a esto, otra barrera identificada por las tres unidades de trabajo relacionada con determinantes sociales asociados a las conductas de las personas es lo que ellos consideran como falta de disciplina o falta de fuerza de voluntad para seguir sus hábitos saludables de alimentación. Esto lo describen como pereza, poner excusas o no priorizar la alimentación saludable a pesar de tener los conocimientos de qué es y cuáles son sus componentes. Una de las participantes lo explica de la siguiente manera:

“porque lo más difícil de todo yo creo que es ser disciplinado, verdad, cumplirse a uno mismo los planes porque uno mismo se engaña. Parece mentira, uno se engaña... si, <<lo hago la otra semana>> y resulta que pasaron 4 o 5 y nada, no aterriza uno...” (Participante 8, UAVI)

Es importante mencionar que, vinculado a esto, se identificó en la UAVI y en la mayoría de los participantes de las unidades académicas, conductas alimentarias rígidas asociadas a pensamientos obsesivos y restrictivos en el manejo de porciones o miedo hacia ciertos alimentos o grupos de alimentos, como lo refleja la siguiente participante:

“Okay, entonces, lo que pasa con esa experiencia que yo tuve fue que...se volvió una alimentación obsesiva donde las cosas tenían que ser muy, muy, muy correctas con cantidades medidas, cosas medidas, ejercicio excesivo...”. (Participante 3, Unidad Académica)

De acuerdo con el cuadro 16, las situaciones que impiden ejecutar prácticas saludables no dependen únicamente de las capacidades de las personas, sino también de su entorno. Sin

embargo, es relevante tomarlas en cuenta, ya que para lograr un estado de bienestar integral a través del programa Enlaces OBS, la OBS debe considerar y en la medida de lo posible, influenciar positivamente en el ambiente social, laboral y las circunstancias externas fuera del control de las personas participantes.

Por otro lado, el contexto socioeconómico juega también un papel importante, ya que muchas de las prácticas se adquieren en la crianza o son influenciadas por la cultura en la que se vive. Las tres unidades de trabajo coinciden en que las creencias, patrones y costumbres instauradas por sus familiares afectan hasta el día de hoy sus hábitos. Aunque la influencia haya sido ejercida desde la niñez, esto se puede ver en mitos que pasaron de una generación a otra, por ejemplo, las mencionadas en grupos focales como la creencia de que no se debe comer frutas en la tarde, la cantidad de veces al día que se debe consumir alimentos y/o los hábitos saludables que las personas desean incorporar en la actualidad, pero se les dificulta debido a que no fueron practicados en sus hogares.

En las UAVI se mencionó que el entorno familiar puede ser una influencia negativa en las decisiones alimentarias dependiendo de los gustos de la pareja, por ejemplo. Además, indican que la preparación de alimentos en sus hogares actuales requiere de mucho trabajo, por tanto, si no se cuenta con una adecuada red de apoyo a nivel familiar en donde los diferentes miembros puedan ayudar en la compra, preparación y cocción de alimentos, se dificulta llevar alimentos saludables a la oficina, ya que las tareas recaen sobre una sola persona.

Este último fenómeno se observó principalmente en las participantes mujeres y madres de familia quienes expresaron que durante la pandemia sus labores se recargaron. En torno a la red de apoyo una participante comparte:

“pero a veces me siento tan acelerada... porque los chiquitos tienen toda la mañana de clases entonces yo les ayudo. La niña termina clases a las 12:30, me voy a almorzar y a veces siento que almuerzo tan acelerada... de las mamás que somos maestras, trabajadoras y todo eso, me ha pasado la factura y me da mucha ansiedad.” (Participante 9, UAVI)

Además, la mayoría de los miembros de las unidades académicas y las unidades administrativas destacaron que les es muy difícil la asistencia a eventos sociales porque abundan las críticas y burlas de familiares o amigos cuando una persona quiere cuidar su alimentación. Asimismo, se les dificulta no dejarse influenciar en estos escenarios por las elecciones de alimentos de sus amigos y familiares.

Según los resultados obtenidos, las personas participantes también coinciden en que el entorno laboral juega un papel determinante a la hora de realizar elecciones en temas de alimentación, muestra de ello es la experiencia comentada por una de las participantes sobre este ambiente, el cual considera que en ocasiones ejerce presión de grupo o “estropea” los buenos hábitos:

“pero digamos ya a la hora que uno llega a la oficina, que alguien cumplió años, vaya torta chilena, que el otro, que una reunioncita, vaya las tortillas con queso, y ya obviamente todo se le viene a uno abajo, y el asunto es que es la sociedad en la que vivimos, celebramos todo con comida. Y uno dice, di si, a veces nos majamos la manguera, porque por un lado todos vamos verdad super poniéndole y cuando nos dimos cuenta, el primer cumpleaños ya todos caímos y redonditos verdad. Entonces sí, sí ese tipo de prácticas como propuestas de, en vez de una celebración con dulce, entonces nosotros optábamos por una celebración con gallo pinto. Pero vaya a ver, gallo pinto con salchichón, con queso, con natilla... entonces di lo único saludable eran las rodajitas de tomate.” **(Participante 16, Unidad Administrativa)**

Otra muestra de lo que ocurre en el ámbito laboral fue comentada por la mayoría de las personas de las unidades administrativas. Estas mencionan que los mismos compañeros y compañeras de oficina se organizan para aprovechar promociones *express* o de restaurantes cercanos que ofrecen comidas rápidas o postres.

A su vez, las UAVI y las unidades administrativas compartieron que el hecho de no poder llevar alimentos frescos o de mucha variedad a la oficina influía en la toma de decisiones y el disfrute de alimentos estando en el lugar de trabajo. Llevar alimentos nutritivos, variados y de fácil preparación requiere de diferentes recursos como equipo en la cocina que les ayude a

economizar tiempo porque regresan cansados de su jornada laboral, habilidades culinarias y creatividad, tal como describe la siguiente participante:

“...creo que también hay más variedad de lo que podemos comer porque digamos para el trabajo es muy complicado llevar alguna sopa o caldo de frijol recién hecho, verdad todo eso” (Participante 5, UAVI)

Con respecto al contexto socioeconómico, las personas participantes concuerdan en que, al existir una amplia oferta de productos procesados y comida rápida de fácil acceso, que además parece suplir una solución a la falta de tiempo, optan por opciones que consideran menos nutritivas, pero de mayor facilidad o comodidad en sus trabajos.

Sin embargo, este problema también se debe a una causa estructural, como lo menciona la mayoría de las unidades académicas y de las unidades administrativas, ya que destaca la publicidad engañosa de la industria alimentaria que ofrece comodidad y “precios más bajos” que influencia en decisiones de alimentos que parecen ser más accesibles y nutritivos, pero en realidad no lo son, tal y como lo presenta la participante:

“Con eso es lo que juega la propaganda de las comidas rápidas, ellos le hablan de cómo usted economiza tiempo, en cambio todo el tiempo más lo que cuesta hacer cada una de las cosas a lo que uno llega y paga en una comida rápida, pues obviamente está pagando muchísimo menos” (Participante 1, Unidad Académica)

Asimismo, el Gobierno y el Sistema de Salud no se encargan de cumplir o regular que se brinden opciones saludables y accesibles a los alrededores del trabajo de las personas. Según la información recopilada en el estudio cuantitativo, el 36% de las personas entrevistadas consume una porción de frituras a la semana (n=915), el 49% consume una porción de comida rápida a la semana (n=925), mientras que el 38% indica el consumo de una porción de alimentos empacados a la semana (n=926).

Adicionalmente, las tres unidades de trabajo destacaron y mencionaron repetidamente la alta demanda laboral en su oficina como una barrera importante. Unido a esto, una barrera identificada por las tres unidades de trabajo, como lo explica la participante, es el tiempo utilizado para trasladarse del hogar al trabajo y viceversa:

“como yo vivo en Alajuela yo tengo mucho rato de viaje, yo entro a las 7:30 a la oficina y salgo a las 6 am de mi casa, entonces yo salgo a las 6 am y regreso a las 6:00-6:30 de la tarde y mentira que después de una hora y media de viaje uno quiere llegar a cocinar, o sea yo lo que quiero es ver cómo le fue al chiquitillo en la escuela, que si hay tarea que si hay cosas y después es comer y acostarme a ver tele o hacer algo porque estoy cansada. No es solo el cansancio de la oficina sino el cansancio del viaje, lleno de presas, que está lloviendo...” **(Participante 4, Unidad Administrativa)**

Esto lleva a las personas a poder dedicar menos tiempo a las labores del hogar, a tener más cansancio y no optar por preparaciones de alimentos muy elaboradas. Según la información recopilada en el estudio cuantitativo, el tiempo que duran las personas encuestadas (n=214) para trasladarse a la universidad es de 98 minutos (± 61). Por consiguiente, es importante tomar esta información a la luz de los DSS, es decir el contexto en el cual estas personas se desarrollan, ya que previamente ellos hablan de una “falta de voluntad o disciplina”, más su realidad limita el tiempo que le pueden dedicar a preparar alimentos hechos en casa.

Lo anterior también se relaciona con otra barrera mencionada por las tres unidades de trabajo y es el tema de la desinformación. Las unidades académicas mencionaron en su mayoría que este problema se ve reflejado en la falta de fuentes de información que sean confiables y veraces, ya que predomina la información, en ocasiones engañosa, de la industria alimentaria. Asimismo, otra participante agrega que el problema no es el conocimiento, sino la puesta en práctica:

“Yo creo que en teoría todos sabemos lo que es comer bien, ¿verdad? Si nos dicen que sirvamos el plato, todos sabemos que hay que tener un equilibrio de todos los grupos de alimentos...este...la torta es llevarlo a la práctica” **(Participante 4, Unidad Administrativa)**

Finalmente, con la práctica de actividad física, las personas participantes desearían contar con acceso a espacios públicos en la comunidad y en el lugar de trabajo para realizar actividad física, infraestructura adecuada en los espacios laborales para bañarse después de realizar ejercicio, así como con el permiso por parte de sus jefes para hacer uso de las instalaciones deportivas previo a su horario de trabajo o en las horas de almuerzo.

Esto además es importante de analizar desde los DSS, ya que la problemática de no realizar actividad física en muchos de estos casos, tal y como mencionaron en las unidades administrativas, no depende de una falta de disciplina y/o motivación, sino con que no cuentan con instalaciones seguras para hacerlo. También se mencionó el hecho de que la universidad cuenta con instalaciones, pero los jefes no les dan permiso de usarlas. Esto refleja la necesidad de que existan políticas universitarias que apoyen y fomenten la actividad física de las personas funcionarias.

Por consiguiente, es evidente que la mayoría de los participantes identifican acciones personales que les limita la puesta en práctica de hábitos saludables; sin embargo, una gran parte se debe a factores externos, por ejemplo, las personas identifican su falta de disciplina como una barrera, pero no están conscientes que sus condiciones laborales o su falta de red de apoyo es lo que realmente les imposibilita alcanzar el bienestar integral. Igualmente, las personas hablan de su falta de fuerza de voluntad, pero reconocen que como seres sociales que son, sus hábitos también se ven influenciados por sus patrones de crianza y la influencia que ejerce la industria alimentaria.

2. Facilitadores identificados por las personas participantes

Seguidamente, se presentan los principales hallazgos en cuanto a las situaciones que facilitan las prácticas saludables según la opinión de las personas entrevistadas. Estos también fueron categorizados en determinantes estructurales o intermedios (figura 1) y según la unidad de trabajo.

a. Facilitadores en relación con los determinantes estructurales

A continuación, se presentan los determinantes estructurales en relación con el contexto político, socioeconómico y los ejes de desigualdad (territorio y clase social).

Cuadro 17.

Situaciones que facilitan las prácticas saludables según lo expresado por las diferentes unidades de trabajo en relación con los determinantes estructurales de salud. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021.

Tipo de determinante social	Facilitador mencionado
Contexto político	Contar con acceso a espacios públicos que permitan realizar actividad física y recrearse
Contexto socioeconómico	Contar con fuentes de información fiables en temas de alimentación saludable Preferir alimentos preparados en casa debido a que poseen un menor costo Adquirir frutas y vegetales que poseen un costo menor Poseer información en cuanto al manejo adecuado del presupuesto económico
Ejes de desigualdad (Territorio)	Fácil acceso a alimentos frescos y saludables Contar con acceso a espacios públicos que permitan realizar actividad física y recrearse
Ejes de desigualdad (Clase social)	Contar con fuentes de información fiables en temas de alimentación saludable Acudir a un profesional en salud que eduque acerca de cómo llevar un estilo de vida saludable

Como se observa en el cuadro anterior, para todas las unidades, el conocimiento y la educación constante son factores que facilitan la práctica y el mantenimiento de una alimentación saludable. Sin embargo, lo anterior es posible únicamente si las personas pueden contar con el acceso a fuentes de información fiables en relación con los temas de alimentación

y prácticas saludables, lo cual se encuentra influenciado no sólo por factores del comportamiento, sino también socioeconómicos y culturales, constituyendo dos importantes DSS.

Cabe destacar que algunas de las personas funcionarias de las unidades académicas no consideran que el hecho de contar con información de calidad va a generar que, en todo momento, bajo cualquier circunstancia y para todas las personas por igual, vaya a ser posible poner en práctica la totalidad de estos conocimientos, ya que existen diversos factores, tanto internos como externos, que los podrían limitar o impedir. No obstante, mencionaron que el conocimiento podría llevarlos a tomar decisiones más conscientes e informadas. Un participante indicó:

“El irme educando acerca de qué es una alimentación saludable... y aprendés, por ejemplo, a leer las etiquetas de los productos, es una cosa complejísima y que todos deberíamos saber para poder elegir un producto que nos guste pero que sea más sano que tal vez lo que tradicionalmente siempre hemos comido, entonces digo yo: ¡eso falta!”. **(Participante 4, Unidad Académica)**

Aunado a lo anterior, algunas de las personas participantes de las unidades administrativas expresaron que es importante ser valorado por un profesional en salud calificado que pueda determinar el estado actual de salud de una persona con el fin de que se pueda brindar la educación, las recomendaciones y los tratamientos pertinentes para cada caso en específico. En relación con lo anterior una participante expresa:

“...antes de tomar una dieta yo tengo que ir donde el doctor para que me revise, que me diga cómo estoy yo, o sea yo no puedo lanzarme a llevar una dieta sin que yo conozca cómo estoy yo, entonces el primer paso es saber cómo estoy yo, cómo se encuentra mi salud entonces si tengo triglicéridos altos entonces la doctora o la nutricionista me va a decir <<lleve esto>> porque el organismo de uno no es el mismo que el de otra persona” **(Participante 5, Unidad Administrativa)**

De hecho, según la información recopilada en el estudio cuantitativo, el 75% de las personas encuestadas (n=925) indica visitar al médico entre una a cinco veces al año, lo cual

puede deberse al servicio médico que ofrece la Universidad de Costa Rica a su personal. Tal y como se mencionó anteriormente, dentro de los DSS se encuentra el acceso y la utilización de los servicios de salud, es decir lo que hace el gobierno o instituciones a cargo por ofrecer medios a las personas para gozar de salud. Lo anterior es un ejemplo de ello, donde se puede observar que las personas funcionarias cuentan con el medio a su alcance para cuidar de su salud física, representando otro facilitador en relación con las prácticas saludables.

b. Facilitadores en relación con los determinantes intermedios

A continuación, se presentan los determinantes intermedios en relación con las condiciones materiales de vida, condiciones de empleo y trabajo, factores psicosociales y conductuales, factores biológicos, cohesión social y servicios de salud-bienestar.

Cuadro 18.

Situaciones que facilitan las prácticas saludables según lo expresado por las diferentes unidades de trabajo en relación con los determinantes intermedios de salud. Sede Rodrigo Facio, Costa Rica 2020-2021.

Tipo de determinante social	Facilitador mencionado
Condiciones materiales de vida	<p>Contar con disponibilidad de alimentos y equipo en el hogar que facilite la preparación de alimentos saludables</p> <p>Fácil acceso a alimentos frescos y saludables</p>
Condiciones de empleo y trabajo	<p>Mayor tiempo disponible para la organización y ejecución de prácticas saludables producto de la pandemia</p> <p>Disminución del estrés al tener más tiempo producto del trabajo remoto</p>
Factores psicosociales y conductuales	<p>Organización en términos de presupuesto, tiempo, planificación, compra y preparación de alimentos</p> <p>Disciplina</p> <p>Motivación para mantenerse sano</p>

Tipo de determinante social	Facilitador mencionado
	Tener metas y objetivos claros que ayudan a motivarse para mantenerse sano/a
	Amor propio
	Priorizar comida casera/ evitar comida fuera de casa
	Seleccionar alimentos de bajo costo y de buena calidad nutricional
	Adquirir frutas y vegetales que poseen un menor costo
	Creatividad y habilidad culinaria
	Disfrutar la actividad física
	Realizar pausas activas
	Higiene del sueño adecuada
	Mayor tiempo disponible para la organización y ejecución de prácticas saludables producto de la pandemia
Factores biológicos	Higiene del sueño adecuada
Cohesión social	Contar con una red de apoyo
Servicios de salud-bienestar	Acudir a un profesional en salud que eduque acerca de cómo llevar un estilo de vida saludable

Como se observa en el cuadro anterior, las personas participantes mencionaron gran variedad de facilitadores en relación con los DSS asociados a los factores psicosociales y conductuales. Tal y como se describió previamente, las condiciones de empleo y trabajo, el nivel de ingresos y la situación económica, la calidad de la vivienda y sus equipamientos, así como el área de residencia y sus características, poseen un impacto en la salud al influir en los procesos psicosociales y las conductas de las personas.

Los resultados obtenidos a partir de la presente investigación evidencian la relación existente entre estos factores, así como el impacto que estos poseen sobre la salud, los cuales se detallan a continuación. En primer lugar, para la mayoría de las personas participantes de las tres unidades de trabajo, un facilitador identificado en común es el de la organización. Este lo definen como las prácticas a favor de la organización del tiempo, actividades y recursos para poder incorporar prácticas saludables, por ejemplo, planificación de comidas con anticipación, planificación del presupuesto y disponibilidad de alimentos y/o equipo en el hogar.

Adicionalmente, se identificaron como facilitadores la preferencia por la selección de alimentos nutritivos, su bajo costo y el fácil acceso a alimentos saludables, ya que varios reconocen que comprar en la feria del agricultor o establecimientos similares con alimentos nutritivos que se pueden preparar en casa, resulta más económico que comer fuera de casa con frecuencia, tal y como lo menciona la siguiente participante:

“A veces mucha gente dice <<qué caro comprar frutas y verduras>> pero si uno lo analiza y digamos, un sábado que quiere mandar a comprar comida para todos, sale bien carito.”

(Participante 9, UAVI)

Aunado al bajo costo, a su vez, las personas encuestadas de las tres unidades de trabajo identificaron la importancia y beneficios de la preferencia por alimentos naturales y la comida hecha en casa, debido a que esta posee una mejor calidad nutricional en comparación con alimentos procesados o ya preparados, así como por el hecho de que, por lo general, son de más fácil digestión.

Además, algunos opinan que la creatividad y habilidad culinaria son herramientas que facilitan las prácticas saludables en la preparación planificada de alimentos, así como disponer de alimentos, equipo e instrumentos suficientes en el hogar. Según lo rescatado por las tres unidades de trabajo, un participante mencionó:

“Pero creo que también es importante que los alimentos que consumamos sean frescos,

porque si no no son frescos creo que ahí sí se pierde una alta importancia nutricional del alimento en sí” (Participante 4, UAVI)

Adicionalmente, las tres unidades de trabajo indicaron que se han visto motivados al ver los efectos obtenidos tras realizar prácticas saludables en relación con alimentación y actividad física, animándolos a esforzarse por mantener estos hábitos a lo largo del tiempo. No obstante, a su vez rescatan que la disciplina también es necesaria, ya que la relacionan con tener fuerza de voluntad, la cual creen que es clave para realizar cambios, incorporar nuevos hábitos saludables, así como empoderarse en el proceso tal y como se muestra en la cita a continuación:

“es ser disciplinado y entender que, si uno no cumple esa disciplina para sí mismo, uno es el que recibe después el daño en la salud” (Participante 8, UAVI)

Por otro lado, las personas participantes de las tres unidades de trabajo rescataron otro factor que facilita su proceso, el cual denominaron como ser sujetos de afecto propio o la práctica del amor propio, mencionado principalmente por las personas de las unidades académicas. En otras palabras, consideran importante reconocer que una muestra de afecto y atención es escuchar y responder a las necesidades y preferencias propias, ya sea en términos de alimentación, actividad física, ocio, descanso, entre otros.

Lo anterior es percibido como un beneficio y un factor que promueve las prácticas saludables, ya que les permite a las personas actuar desde la libertad, sin poseer sentimientos de culpa, clasificar los alimentos como buenos o malos, e inclusive, ser juzgados. Por tanto, se busca no actuar desde la restricción, la cual posee una connotación negativa para los participantes, ya que opinan que la restricción alimentaria es capaz de generar consecuencias que pueden llevar a conductas alimentarias inadecuadas o rígidas. En cuanto al afecto propio una de las participantes expresó lo siguiente:

“O sea, la experiencia anterior en donde todo era tan rígido, tan exacto, tan inflexible, tan culposo; el ya no querer sentir esas sensaciones, esa restricción en mi vida y el deseo de

ayudarle a mi cuerpo a que esté mejor porque yo lo quiero y quiero que esté bien”
(Participante 3, Unidad Académica)

Más allá de la alimentación, el permitirse ser consciente de las necesidades propias con el fin de atenderlas y de esta forma contribuir a su bienestar integral como una práctica de autocuidado, es importante para la mayoría de las personas funcionarias de las tres unidades. En relación con la anterior, una participante señala:

“Ehhh.. que si estoy estresada, buscar una forma para desestresarme...ehh, que si hay algo que me está molestando internamente, buscar una forma de solucionarlo para yo sentirme mejor” **(Participante 5, Unidad Administrativa)**

Entre estas prácticas de autocuidado o que reflejan amor propio, también se identifican prácticas como la adecuada distribución del tiempo, la cual fue relevante para algunas de las personas que forman parte de las tres unidades.

Adicionalmente, en el caso de las pausas activas durante el trabajo, estas son puestas en práctica únicamente por algunas personas pertenecientes a las unidades administrativa y académica, quienes las definen como un momento para levantarse unos minutos del lugar de trabajo y hacer un poco de estiramientos, realizar alguna otra tarea no relacionada al trabajo, comer una merienda o distraerse con algún pasatiempo como regar las plantas. Estas personas señalan que, al ser un momento de esparcimiento entre las labores diarias, merecen ser practicadas hasta convertirse en un hábito para contribuir a la salud, tal y como lo describe esta persona:

“Los obviamos, los 10 minutos que hay que salir al sol, que a mí me cuesta a veces también en esta virtualidad salir a recibir la vitamina del sol, son cosas que tenemos que irles dando un lugar y el lugar que se merecen y hacerlo precisamente un hábito para poder lograr ese equilibrio.” **(Participante 4, Unidad Académica)**

Por otro lado, según lo expresado por las personas participantes, la práctica y el

mantenimiento de una alimentación saludable se facilita cuando existe una red de apoyo adecuada, principalmente a nivel familiar, no obstante, también consideran significativo el entorno laboral. De acuerdo con lo anterior un participante rescata lo siguiente:

“También decimos <<cambia el contexto y cambia la persona>>. A veces es importante enseñarle a la gente que está a nuestro alrededor, y más en las casas. El contexto en el que uno está puede cambiar eventualmente sus hábitos alimenticios” **(Participante 4, Unidad Académica)**

Adicionalmente, un aspecto importante para una participante es la distribución de tareas a la hora de planificar y preparar los alimentos, mencionando lo siguiente:

“Sí, lo ideal es que haya participación de los que viven en la casa para poder llevar a cabo este trabajo” **(Participante 2, Unidad Académica)**

De acuerdo con la información recopilada en el estudio cuantitativo, el 54% de las personas encuestadas (n=930) convive con una pareja, ya sea casados o en unión libre, lo que podría favorecer esta distribución de tareas y, por ende, favorecer una alimentación saludable. A su vez, es posible que las personas que indicaron estar solteras, separadas, divorciadas o viudas también convivan con otras personas que les permita este apoyo y acompañamiento.

Lo anterior evidencia otro determinante social clave en la salud y el bienestar de las personas denominado como cohesión social, el cual se define como la eficacia de los mecanismos instituidos de inclusión social como los comportamientos y valoraciones de los sujetos que forman parte de la sociedad (Ferrelli, 2015).

De acuerdo con lo comentado por las personas participantes, para algunos de ellos, su entorno social ha favorecido y potenciado la ejecución de prácticas saludables. Por el contrario, para otras personas su entorno familiar y laboral han representado un factor limitante, sin embargo, es importante rescatar que este factor es susceptible al cambio por medio de procesos de construcción tanto individuales como colectivos. Por lo tanto, tal y como se mencionó

anteriormente, es de suma importancia que la OBS tome en cuenta la posibilidad de que, por medio de diversas estrategias, las intervenciones nutricionales llevadas a cabo puedan tener un impacto no sólo en los factores personales e individuales de las personas funcionarias, sino también su entorno.

Todas las temáticas mencionadas anteriormente se lograron categorizar contemplando los objetivos de la investigación. Sin embargo, surgieron temas emergentes, los cuales también son de suma importancia de tomar en consideración para el desarrollo de una propuesta de intervención. Estos se describen a continuación.

D. Temas emergentes: Situaciones que surgen por la pandemia

A pesar de que los efectos de la pandemia por COVID-19 no se encuentran dentro de los objetivos de investigación, producto de la situación epidemiológica al momento de esta, los participantes de todos los grupos focales y entrevistas, en mayor o menor medida, comentaron acerca de la forma en que la pandemia ha incidido en sus prácticas saludables, así como en sus actividades cotidianas. Por lo tanto, tal y como se evidencia en los cuadros 15, 16 y 18, se decidió tomar en cuenta la pandemia por COVID-19 como un tema emergente para la presente investigación, el cual representa uno de los factores externos capaz de influir de forma positiva y negativa sobre las prácticas saludables de las personas funcionarias, así como se detalla a continuación.

En primer lugar, las tres unidades indicaron que han retomado hábitos saludables debido al trabajo remoto, ya que cuentan con un mayor tiempo disponible para la preparación y consumo de alimentos, realizar actividad física, realizar actividades de ocio, descansar, entre otras. Específicamente, en relación con la alimentación, indicaron que, al estar trabajando desde sus hogares, se alimentan de una forma más saludable y balanceada, ya que consumen una mayor cantidad de alimentos naturales, frescos y preparados en el hogar. Lo anterior debido a que cuentan con más tiempo para la planificación, compra, preparación y consumo de los alimentos, lo cual se ve evidenciado por medio de comentarios como:

“En la noche yo venía como la loca a hacer lo que Dios repare, verdad, en cambio ahora ya tengo un poquito más de tiempo. Ahora uno sale, cierra a las cuatro y ya uno puede ponerse, descansa un ratito y se pone a cocinar algo mejor.” **(Participante 18, Unidad Administrativa)**

Con respecto al mayor tiempo disponible debido al trabajo remoto y no trasladarse:

“A mí me ha beneficiado mucho. Ahora me gano el tiempo de transporte, por ende, tengo más tiempo. Entonces eso me sirve para hacer ejercicio y para cocinar. En ese sentido, me ha gustado más” **(Participante 1, Unidad Académica)**

Con respecto a la planificación y preparación de los alimentos:

“Ya uno planifica mejor y no vive con tanto estrés de saber que tenés que levantarte, correr, salir, volver a llegar, almorzar y así.” **(Participante 10, UAVI)**

Asimismo, algunas de las personas funcionarias de las unidades administrativas indicaron que el surgimiento de empresas con venta a domicilio de frutas y vegetales producto de la pandemia ha representado un factor facilitador en cuanto al consumo de estos alimentos y el mantenimiento de una alimentación saludable.

Cabe destacar que, para algunas personas en ocasiones el hecho de estar más tiempo en sus hogares representa una barrera, ya que existe una mayor disponibilidad de alimentos al estar más cerca de sus despensas, por lo tanto, el consumo de ciertos alimentos es mayor. Un funcionario de la unidad administrativa indica:

“El problema que vi, es que tenía más disposición de comida en la casa. Entonces, yo en el trabajo me llevaba una porción y eso era lo que me comía, el problema es que yo decía “bueno no, toda esta situación de la pandemia no me va a afectar”, pero no, yo creo que inconscientemente comía como por ansiedad de la situación.” **(Participante 17, Unidad Administrativa)**

Por otro lado, una de las prácticas saludables que se ha visto favorecidas producto del trabajo remoto es el tiempo de sueño y descanso de los participantes, tal como lo indica una de las participantes por medio de la siguiente frase:

“En mi caso, también ha sido el sueño porque puedo levantarme muchísimo más tarde entonces paso el día ya sin sueño y soy más productiva en el trabajo porque no me canso tantísimo, es que antes madrugaba muchísimo y ya no” (**Participante 12, UAVI**)

No obstante, la transición del trabajo realizado en el entorno tradicional de oficina a trabajo remoto a su vez ha conllevado otros retos para las personas funcionarias. En primer lugar, algunas de las personas participantes de las unidades académicas y administrativas indicaron que su horario laboral se había visto alterado debido a que el lugar de habitación se había transformado en su lugar de trabajo, por tanto, se dificulta la separación de espacios para el descanso, la recreación y otras actividades externas a las funciones laborales. En relación con lo anterior comentan:

“... cuesta en un ambiente donde mi casa, que era mi puerto seguro. se volvió mi lugar de trabajo y me cuesta hacer como los cortes, lo que más me ha costado es eso.” (**Participante 4, Unidad Académica**)

Por otro lado, en alguna medida personas de todas las unidades indicaron que sus rutinas previamente establecidas se habían visto alteradas ante el cambio, afectando así diversas prácticas saludables y su estilo de vida en general. Por ejemplo, un participante indicó que previo a la pandemia planificaba y preparaba sus alimentos para la semana, sin embargo, una vez que comenzó a trabajar desde su hogar, esta práctica se vio interrumpida:

“A mí lo otro que también me pasó es que como estoy trabajando aquí, todas las reuniones son virtuales. Además, tenía que mezclarlo en el día a día con el hacer la comida porque ya no planeaba eso. Las reuniones, algunas son muy pesadas, entonces cuando uno sale de esto, sale como estresado y uno dice “ahora tengo que cocinar” porque la verdad es que no había cocinado para el día porque estoy aquí...” (**Participante 17, Unidad Administrativa**)

Asimismo, diferentes personas funcionarias de las tres unidades, comentaron que la pandemia ha conllevado afectaciones en su salud mental debido al confinamiento, aislamiento social, sobrecarga de labores, incertidumbre, entre otros. Con respecto a este tema comentan:

“Sí, te digo que mucha incertidumbre...es decir, esa incertidumbre genera mucha ansiedad a la gente, a la gente le está generando mucha ansiedad de lo que va a pasar.” (**Participante 2, Unidad Administrativa**)

Por último, la pandemia por COVID-19 también ha implicado una disminución en la práctica de actividad física para algunas de las personas de las unidades administrativas y las UAVI debido al confinamiento y al temor de las personas por contagiarse con el virus en lugares públicos. En relación con lo anterior un participante comenta:

“Entonces yo creo que al final eso termina siendo... si me siento ahuevado (desanimado) me da pereza moverme, porque deporsi para qué quiero hacer actividad física si con nada me contagio y me muero la próxima semana. Pero entonces por no hacer actividad física me empiezo a sentir mal y entonces ahí voy en el círculo. Esa parte emocional frena mucho a la gente...” (**Participante 2, Unidad Académica**)

Para concluir, es importante rescatar que debido a que reconocen la diferencia que se generó en cuanto a sus hábitos al tener más tiempo y/o debido a que invierten más tiempo en sus hogares producto de la pandemia, algunas personas funcionarias de las unidades administrativas mostraron el deseo de querer mantener estos nuevos hábitos incorporados una vez que finalice la pandemia. Ellos mencionan que, debido que han aprendido a adaptarse a las circunstancias actuales, más adelante van a ser capaces de adaptarse a nuevas condiciones manteniendo los cambios saludables y positivos que han incorporado que gozan y ven los beneficios que han traído a su salud, así lo describe una de las participantes:

“Yo creo que con esta pandemia podríamos aprender que podemos seguir cocinando en la casa, tal vez no todos los días pero de verdad yo pienso que si la pandemia tiene algún éxito alimenticio es justamente reforzar la voluntad para saber que uno no tiene que hacer lo mismo que hacía antes sino aprender cosas nuevas, como que uno tiene capacidad de cocinar, de comprar buenos productos, de sacar un rato para disfrutar de la buena comida y del

ejercicio porque si uno vuelve al trabajo con la misma rutina de antes, yo creo que es un poco como cuestionable” (Participante 1, Unidad Administrativa)

Al finalizar este apartado, es importante hacer notar que no existieron grandes diferencias en cuanto a los conocimientos, prácticas, facilitadores y barreras de una alimentación saludable entre las unidades de trabajo académicas, administrativas y UAVI.

E. Alternativa para la propuesta de intervención

Se presentará lo propuesto tanto por las personas participantes de los grupos focales y entrevistas, como por el personal de la OBS.

1. Propuesta desde las personas participantes de los grupos focales/entrevistas

A continuación, se describe a detalle lo propuesto por las personas participantes de los grupos focales y entrevistas con respecto a: modalidad, logística de las sesiones, medios de difusión y aspectos relacionados con la ejecución, seguimiento y evaluación de las sesiones.

a. Modalidad

i. Virtual

Según lo expresado, las tres unidades de trabajo se encuentran a favor de metodologías de intervención con modalidad virtual en esta época de pandemia en donde el aforo de las actividades está limitado, además por la comodidad, organización y facilidad de los participantes dado a que no implican traslado, tal y como lo evidencia las siguientes citas:

“Siento que la virtualidad llegó para estar por mucho tiempo, entonces, me parece también un buen aporte que sea virtual.” (Participante 1, Unidad Académica)

“En mi caso también, por cuestiones más que todo del trabajo, para mí es más fácil, eh... hacerlo así virtualmente, en caso de que estuviéramos presencial y formar parte del grupito, sí ya ahí sí no podría por horarios y todo, pero de forma virtual sí, sí me queda bien.” (Participante 12, Unidad Administrativa)

ii. Presencial

En cuanto a la modalidad presencial, algunas personas pertenecientes a las tres unidades consideran que la presencialidad está relacionada con una mejor metodología de intervención. Esto principalmente porque les agrada la interacción entre los participantes y las actividades que se pueden realizar, así lo expresan los siguientes participantes:

“A mí me parece que en el caso de nosotros, a nosotros nos serviría presencial y que sea de hacer” **(Participante 2, Unidad Académica)**

“Creo que a la gente de mi edad le gusta más la parte del contacto físico y podernos ver y podernos obviamente ya, pues, los que somos cariñosos y nos gusta abrazar y decir <<hola, qué gusto>> y que todo eso pues ya vamos a tener que ser así de larguito verdad, pero aun así ya a mí me gusta más la parte... la parte de, de presencial que la virtual.” **(Participante 8, Unidad Administrativa)**

iii. Bimodalidad

En el caso de la bimodalidad, algunos participantes de todas las unidades indican que en una metodología de intervención se puede aprovechar de los recursos y ventajas que ofrece tanto la virtualidad como la presencialidad, teniendo en cuenta la naturaleza de las sesiones. Esto puede verse en la siguiente cita:

“A mí me parece que depende de la actividad, porque digamos, hay otras que son como muy teóricas y, o sea que podrían hacerse bien bien virtual, digamos, pero tal vez hay unas en las que sí sería como mejor que sean presenciales, tal vez.” **(Participante 19, Unidad Administrativa)**

Dicho lo anterior, las personas participantes consideran que ambas modalidades tienen tanto fortalezas como debilidades, por lo que es conveniente contemplar una bimodalidad para el curso de las sesiones.

b. Logística de las sesiones

Seguidamente se describen todos los aspectos de logística que las personas participantes de los grupos focales y entrevistas indicaron preferir para las intervenciones.

i. Cantidad de participantes

Según los resultados obtenidos, algunas personas de las unidades académicas y de las UAVI concuerdan en que la cantidad óptima de participantes que deberían tomarse en cuenta al momento de desarrollar las intervenciones educativas es de 10 a 15 participantes. Lo anterior se explica de manera más amplia en lo comentado por el siguiente participante:

“...creo que es importante también la cantidad de personas que se manejen por sesiones verdad. Que no sea ni demasiado grande como para que las personas no tengan la oportunidad de participar, ni que sea muy reducido como para que sea muy repetitivo lo que se puede aportar” (Participante 5, UAVI)

ii. Horario de la sesión

En cuanto a los horarios en los que se podrían desarrollar las sesiones, la mayoría de las personas de la UAVI consideran que lo ideal es que se realicen las sesiones en horarios convenientes donde no se tenga demasiada carga laboral, preferiblemente por las tardes, aproximadamente entre 3:00 p.m. y 5:00 p.m.

Algunos de los participantes de las unidades académicas indican que el horario debe ser acorde al tipo de actividad y tema de la sesión, por ejemplo, un taller de almuerzos o meriendas que entonces sea durante esos tiempos de comida. Por último, algunos participantes de la unidad administrativa expresaron que las sesiones podrían realizarse en horarios no laborales y que la frecuencia de estas no sea muy seguida, ya que es difícil para ellos sacar el tiempo para asistir a más de una sesión a la semana.

“Considero que una hora es conveniente y por las tardes es menos ajetreado. Es que las mañanas son mucho más movidas entonces creo que las tardes son un horario más accesible” (Participante 3, UAVI)

iii. Voluntarios

Algunos participantes de la UAVI concuerdan en que, como parte de la metodología de intervención, lo mejor es que se envíen invitaciones a las personas en caso de que estas deseen unirse a la sesión sin que esta sea obligatoria. La siguiente participante lo resume de la siguiente manera:

“...y tal vez hacerlo como lo hicieron ahora, o sea, como mandar una invitación abierta y la gente que de verdad está interesada en participar, que lo haga. Hay gente que te obliga a ir y no les interesa el tema y tampoco tiene sentido” (Participante 3, UAVI)

c. Medios de difusión

Se presentará lo propuesto en cuanto al instrumento o forma de contenido tecnológico por el cual se realizará el proceso de comunicación por las personas participantes.

i. Medios de comunicación

Con respecto al alcance de la intervención y los medios de difusión, los participantes de las tres unidades coinciden en el uso de distintos medios de comunicación para hacer llegar la invitación y el contenido visto en cada sesión a todos los participantes de manera resumida, llamativa y sencilla; así como para tener más acceso por medio de redes sociales a los temas que se van a hablar o tener acceso a grabaciones de las sesiones o material utilizado posteriormente con el fin de difundir esta información también a las personas que no pueden asistir a las sesiones.

ii. Utilizar material ilustrativo

Las personas participantes consideraron importante el contar con material ilustrativo con información clara y concisa que sirva de apoyo visual para facilitar su comprensión y generar más impacto en los participantes, tal y como lo menciona la siguiente participante:

“Siento que la parte ilustrativa llega como muy al punto...dice por qué esto o por qué aquello...” (Participante 3, Unidad Académica)

iii. Captar la atención

Como parte de una metodología de intervención exitosa, captar la atención es para las personas participantes un factor esencial por lo que recomiendan el uso de mensajes o títulos creativos para atraer a la población meta desde el título de la sesión hasta el momento de la charla con el dinamismo de la persona que da la sesión y de la logística de la sesión en general. Tal y como se puede notar en las siguientes citas:

“...vende el título de la charla también, uno le toma como más interés.....y pues la dinámica y la persona que esté dando la charla verdad eso es importante...” **(Participante 13, Unidad Administrativa)**

d. En relación con la ejecución, seguimiento y evaluación de las sesiones

Con el fin de que una intervención sea exitosa, es importante considerar la manera en la que ésta se realiza, el seguimiento dado y su evaluación. A continuación, se presenta lo propuesto por las personas participantes:

i. Talleres prácticos

En todas las unidades se ligó una mejor metodología de intervención con la realización de talleres prácticos y dinámicos, es decir, donde se aprenda haciendo y a la vez sean interactivos tomando en cuenta siempre la opinión de los participantes. Un participante lo resumió en lo siguiente: *“...Es decir, <<esto lo entendí, esto lo aprendí y así lo puedo hacer>>”*. **(Participante 1, UAVI)**

ii. Dar seguimiento

Todas las unidades indicaron la importancia de que se le dé seguimiento a las sesiones y/o talleres realizados, es decir, brindar la información a manera de recordatorio y constantemente, a la misma vez que se repasan temas de las sesiones anteriores. Lo anterior se refleja en la cita a continuación:

iii. Objetivos a corto plazo

Las personas participantes mencionan, además que, para contar con una mejor metodología, es necesario abarcar objetivos con cumplimiento a corto plazo. Con esto se refieren a tener metas que sean realistas y que se puedan cumplir en un tiempo considerable, y, qué a la vez, los mantenga motivados, ya que resultados que se observan únicamente a largo plazo no los suelen motivar lo suficiente para mantenerse enfocados en el objetivo. De hecho, un participante menciona:

“Se ocupan muchas acciones como la gotita que le hace hueco a la piedra. Como muchas acciones que se vayan viendo, no grandes distancias porque la gente no se mete en el patín. Es como que tiene que haber algo ahí, algo para que algunos nos subamos al tren y no nos bajemos.” **(Participante 2, Unidad Académica)**

iv. Puntuales

La mayoría de las personas participantes coinciden en que las sesiones impartidas deben ser puntuales, es decir, que “vayan al grano”, no toquen muchos temas a la misma vez y que no tengan una duración de más de una hora. A continuación, se presentan citas que describen lo anterior: *“A veces cuando el material es muy extenso, complica la parte práctica. Es decir, que la gente logre como visualizar todo”* **(Participante 1, UAVI)**

v. Incorporar temas de interés

Algunas de las personas participantes mencionan que las sesiones deberían incorporar temas de interés emergentes, por ejemplo: comidas saludables, estadísticas de la situación de salud actual de los funcionarios, entre otros. Esto con el fin de evitar repetir temas anteriores, tal como lo menciona una de las personas participantes:

“...entonces yo creo que, así como un taller de preparación de ensaladas o un taller de preparación de no sé qué o algo así. Como una actividad recreativa, pero no metiendo el saludable al inicio porque todo el mundo va a decir: ¡Ay ya yo sé!” **(Participante 2, Unidad Académica)**

vi. Potenciar trabajo en equipo

Algunos participantes de las unidades administrativas mencionan que se puede mejorar la metodología de intervención potenciando por medio de actividades el trabajo en equipo, dentro del ambiente laboral para lograr mejores resultados. Esto, además, considerando que las personas participantes pasan gran parte del día con sus compañeros de trabajo, tal como lo expresan a continuación:

“... nosotros somos los que pasamos más tiempo juntos todos los santos días en la oficina. Entonces tal vez como tener esa convivencia y hablar todos del mismo tema como grupo, como unidad, me parece una buena idea” **(Participante 3, Unidad Administrativa)**

vii. Apoyo institucional

Algunos participantes de las unidades administrativas indican que puede ser beneficioso el contar con un mayor apoyo y compromiso por parte de la institución universitaria (jefaturas, decanaturas y rectoría) para una adecuada implementación de las actividades, así como para que se promueva de forma integral el bienestar físico y mental de los funcionarios; por ejemplo, el uso de instalaciones deportivas o el derecho a usarlas. En relación con lo anterior comentan:

“...tiene que venir de arriba, me refiero a que ojalá viniera como un proyecto institucional a largo plazo para que tenga más respaldo y que cada oficina diga, <<bueno, tenemos que hacerlo>>. Incluso la jefatura, aunque no quiera, o la decanatura, aunque sea no quiera dice, <<lo tengo que hacer>>, porque si no lo implementa a medias”
(Participante 17, Unidad Administrativa)

viii. Abordaje multidisciplinario

Por último, algunos participantes de las unidades administrativas también mencionan la importancia de que las sesiones y/o talleres se desarrollen a partir de un abordaje multidisciplinario, es decir, incorporar profesionales fuera del área de Nutrición para enriquecer las actividades. Se habla específicamente de profesionales en el área de la Psicología, pues estos pueden ser esenciales para tratar temas relacionados con la autoestima, empoderamiento, entre otros.

2. Propuesta desde el personal de la Oficina de Bienestar y Salud

A continuación, se describe a detalle lo propuesto por el personal de la OBS con respecto a: modalidad, logística de las sesiones, enfoque de las sesiones, medios de difusión y aspectos relacionados con la ejecución, seguimiento y evaluación de las sesiones.

a. Modalidad

Al consultarle a los profesionales de la OBS acerca de cuál(es) modalidad(es) podrían ser factibles y favorecedoras para la intervención, así como los retos que estas podrían presentar, indicaron que producto de la situación epidemiológica al momento de la investigación, donde la mayoría de los funcionarios de la universidad se encuentran realizando trabajo remoto, y al haber tenido cambios tan abruptos de forma inesperada, los últimos meses habían representado un continuo proceso de aprendizaje y adaptación importante. Consideran que no es oportuno limitarse a una única modalidad, ya que han observado que tanto la modalidad virtual, así como la presencial, cuentan con diversos beneficios y retos.

En relación con lo anterior, la modalidad virtual ha permitido la continuidad de las intervenciones por parte de la OBS, no obstante, han observado que con el pasar del tiempo los funcionarios se han visto cansados y desanimados debido al prolongado tiempo en pantalla que demanda el trabajo, lo que ha tenido un impacto negativo en la asistencia a las actividades. Asimismo, las limitaciones y dificultades técnicas relacionadas a los dispositivos electrónicos y/o el uso de internet, las cuales se encuentran fuera del control de las personas asistentes y de quienes dirigen las sesiones, en ocasiones afectan la asistencia e inclusive el desarrollo de las actividades.

Por último, similar a lo expresado por los funcionarios en los grupos focales, también rescatan que la virtualidad dificulta la interacción con y entre las personas participantes. Por el contrario, la modalidad presencial permite una mayor y mejor interacción entre las personas, sin embargo, el tiempo y longitud de traslado podría representar un impedimento para algunos funcionarios. Con respecto a lo anterior, comparten:

“... un poco ha sido quizás el aprendizaje de este año si lo comparamos con el 2020 donde nos estábamos acomodando a la virtualidad. La cantidad de participación fue significativa, pero después creo que entre reunión a las 9, reunión a las 10, reunión a las 11... y todavía saber que me tengo que conectar a algo, aunque sea más recreativo o más hacia la salud, a veces termina siendo sacrificado porque de verdad prefiero desconectarme de la pantalla. Y pues la presencialidad, igual tendrá sus retos, valorar también si a la hora de la hora quiero tomar el carro para desplazarme a la universidad cuando esté en la casa...”

(Participante 2, OBS)

A su vez indicaron la importancia de investigar y evaluar el uso de otras metodologías que se podrían utilizar con el fin de enriquecer y favorecer las intervenciones propuestas. Por tanto, es posible tomar en cuenta diversas modalidades para la propuesta de intervención, tomando en cuenta que podrían variar según el tema que se vaya a abordar, el tipo de actividad, cantidad de participantes, los recursos disponibles de la OBS, la situación epidemiológica del país, entre otros.

b. Logística de las sesiones

Seguidamente se describen todos los aspectos de logística que el personal de la OBS consideró importante para el desarrollo de las sesiones.

i. Conocer población meta

Los profesionales de la OBS indicaron que es necesario conocer a la población que se va a intervenir. A pesar de que no consideran viable ni oportuno una intervención individualizada, ya sea a nivel personal o como unidades de trabajo (punto que se detallará más adelante), rescatan la importancia de no generalizar ni estandarizar recomendaciones, objetivos, metas, medios para afrontar y/o solucionar problemas, entre otros.

Lo anterior, dado que cada individuo cuenta con un contexto único, que se ve influenciado por una gran variedad de factores capaces de influir en su salud, los cuales pueden estar o no dentro de su control. Por tanto, un adecuado conocimiento de la población meta podría ayudar no sólo en la selección de los temas a abordar durante la intervención, sino también a la

hora de brindar las herramientas que los participantes podrían utilizar para modificar y/o fortalecer sus prácticas saludables.

Sin embargo, también rescatan la importancia del compromiso, la responsabilidad y participación de cada persona al momento de identificar barreras y facilitadores, así como en el establecimiento de objetivos y metas ya que son ellos mismos los expertos en lo que respecta a sus vidas, contextos y realidades, fomentando así el empoderamiento y la independencia de cada individuo en torno las prácticas saludables. En torno a lo anterior comentan:

“... entonces a mí me parece que también esa clasificación (haciendo referencia al contexto bajo el que creció la persona y el proceso de madurez a través de los años) importa a la hora de hacer las intervenciones, verdad, porque permite ver a cuál vamos a apuntar, verdad, porque esa diferenciación me parece que sí podría ser muy válida...” **(Participante 6, OBS)**

Asimismo:

“...también hay un tema de que todos tenemos un diferente ingreso, quizás en la U también hay muchas diferencias en el ingreso, y no podríamos generalizar muchas recomendaciones.” **(Participante 1, OBS)**

c. Enfoque de las sesiones

A continuación, se describe el enfoque y ejes temáticos que el personal de la OBS propone contemplar dentro de la propuesta de intervención.

i. Abordaje de la disciplina

Los diferentes profesionales de la OBS sugieren que la metodología de intervención en prácticas saludables debería contemplar un abordaje del tema de la disciplina desde una definición no punitiva e incorporando habilidades para que las personas logren una autogestión de la salud. Lo anterior, se manifestó a través de comentarios como:

“Yo creo que vemos la disciplina no como nada más una serie de pasos, verdad, estrictos y rigurosos que me llevan a cumplir algo, sino de manera integral en diferentes temáticas y charlas que realizamos así que por ahí más bien salimos ganando, verdad.”

(Participante 8, OBS)

ii. Autogestión de la salud

Se sugirió un enfoque de autogestión de la salud, bajo el cual, se busca que la persona se apropie de su estado de salud, sin dependencia de terceros debido a que algunos participantes manifestaron la necesidad de una figura de autoridad para ejecutar cambios o modificar conductas en procesos de intervención anteriores. Este tipo de autogestión se puede alcanzar cuando se logra que la persona sea capaz de proponer sus metas y objetivos en salud de manera creativa, por medio del desarrollo de habilidades para la vida, el autoconocimiento y conexión con la alimentación y el uso de un pensamiento crítico en temas de salud, alimentación y otras prácticas saludables.

iii. Enfoque integral de la alimentación

Un enfoque integral de la alimentación es considerado por los miembros de la OBS, como un aspecto fundamental para tomar en cuenta como parte de las intervenciones en prácticas saludables, ya que el objetivo principal de este enfoque es la salud y el bienestar, no la pérdida de peso o aspectos estéticos y que sea a través de la conexión con las experiencias y emociones. Una de las intervenciones que refleja este pensar es la siguiente:

“...que la alimentación, la nutrición no van a garantizar necesariamente una pérdida de peso porque no es el único objetivo que buscamos. Puede que se dé y si se da y eso ayuda a la persona en su proceso de salud en hora buena, pero puede ser que se tenga una nutrición muy adecuada sin que eso se refleje en una medida o en un peso. Entonces creo que por ahí es mucho esa lógica también de conectar.” **(Participante 2, OBS)**

iv. Abordaje de la alimentación consciente

Para una metodología de intervención más completa, el personal de la OBS considera que el tema de la alimentación consciente debe estar presente, debido a que este enfoque se basa

en la toma de decisiones libres de juicio, estar presente en el momento, disfrutar de la comida, comer sin culpa o remordimiento, lejos de automatismos, entre otros.

v. Abordaje desde la autocompasión

Otro de los principios propuestos para una mejor metodología de intervención es la autocompasión en torno a la alimentación y a la salud en general, es decir, viendo la salud como un regalo y no como una obligación y/o castigo. Además, se vincula con el tema de la disciplina para que sea sustentable y se logre desarrollar consciencia del aquí y el ahora, una autoconexión y crear objetivos con expectativas reales según lo expresado por los miembros de la OBS.

d. Medios de difusión

Se presentará lo propuesto en cuanto al instrumento o forma de distribución del contenido tecnológico por el cual se realizará el proceso de comunicación por el personal de la OBS.

i. Medios de comunicación

Las personas profesionales de la OBS mencionaron que en su página web cuentan con materiales a disposición de los funcionarios de la universidad. No obstante, reconocen que se podría trabajar más en la divulgación de este contenido ya que no es conocido, y por tanto no es aprovechado por todos los funcionarios. Asimismo, indicaron que podría ser posible utilizar los medios de comunicación que ya utilizan para brindar educación por medio de vídeos o sesiones grabadas para que las personas puedan aprovechar de forma asincrónica.

Lo anterior había sido comentado como una necesidad durante los grupos focales y entrevistas de la muestra cualitativa, donde indicaban que querían que se aprovecharan los medios sociales para acompañar y fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas vistos durante las sesiones educativas sincrónicas y/o presenciales. Por lo tanto, es posible que de momento desconozcan del contenido a su disposición en la página web debido a la falta de divulgación. En relación con lo anterior comentan:

“... qué impresionante, nosotros tenemos tres recetas ya elaborados hasta con ciclos de menú, lo que nos ha faltado es divulgación, nos ha faltado como trabajar más sobre ello porque sí están, están en la página, pero creo que no hemos hecho un trabajo como más de divulgación y aprovecharlos más.” (Participante 1, OBS)

e. En relación con la ejecución, seguimiento y evaluación de las sesiones

Seguidamente, se describe lo propuesto por el personal de la OBS con respecto a la ejecución, seguimiento y evaluación de las sesiones.

i. Objetivos con cumplimiento a corto plazo

El personal de la OBS coincide con los puntos de vista de los participantes del programa acerca de la metodología de seguimiento de las sesiones, en cuanto a establecer objetivos de cumplimiento a corto plazo que permita medir el progreso de manera constante, para utilizar los resultados de esos pequeños cambios como fuente de motivación. Ejemplo de lo anterior, se muestra en comentarios como:

“También siento que ha ayudado hacer como cosas simples y sencillas, y que ellos vayan viendo que si se puede hacer. Entonces, por ejemplo, ahora acabo de dar un taller con Ingeniería Química de pausas activas. Entonces ellos decían, <<era tan sencillo, es que cuando pensamos en pausas activas pensamos que teníamos que hacer un montón de cosas>>, y creo que es igual con la nutrición, cosas pequeñas, simples y fáciles inclusive hasta de hacer, para que se den cuenta de que sí es posible”. (Participante 5, OBS)

ii. Enfoque colectivo

Tomando en cuenta experiencias anteriores de intervenciones en prácticas saludables, se sugiere que un enfoque colectivo resultaría más efectivo que un abordaje individualizado, con el fin de obtener grandes aprendizajes y apoyo desde la diversidad. Este tipo de enfoque a criterio de los funcionarios de la OBS se considera más útil por motivos como el impacto de la cohesión de grupo o el apoyo que se puede brindar entre ellos a lo interno de una unidad junto con el apoyo familiar. Con respecto a este tema comentan:

“Y lo otro que quería decirles es que con el tema de entorno si se pueden generar lineamientos; hay unidades que han generado ciertos lineamientos dentro de sus planes de trabajo o en lo que llamábamos planes de salud. Generaban ciertos lineamientos para que, por ejemplo, okay...si se celebra un cumpleaños <<okay, celebrémoslos con helado...eh...con queque, pero pongamos frutas>>. Entonces, si es posible promover en las unidades que se generen ciertos lineamientos para ir generando una cultura un poquito más favorecedora; eso sí creo que eso sí.” (Participante 1, OBS).

iii. Abordaje multidisciplinario

Para un abordaje más completo, la OBS propone un enfoque multidisciplinario, integrando otras áreas profesionales además de la Nutrición, para enriquecer las actividades, de manera que se logren complementar los contenidos de las sesiones desde diferentes puntos de vista.

iv. Incluir al núcleo familiar

Se propone incluir al núcleo familiar como una forma de potenciar el trabajo en equipo a través de la red de apoyo para la puesta en práctica de hábitos saludables, por ejemplo, a la hora de cocinar para los miembros de la familia. Con respecto a este tema, destacan lo siguiente:

“...recuerdo una, un taller que hicimos donde preparamos, ellos preparaban, yo estaba guiándolos y ellos preparaban una receta, o sea todos al mismo tiempo estaban cocinando, todos estaban con su celular en la cocina y todo y entonces ahí algunas personas pues estaban con la familia entonces yo creo que sí, sí podría ser posible, podría ser interesante inclusive por ejemplo un taller de planificación de menús familiar y que participe la familia en la elaboración de la lista y todo, todo el menú”. (Participante 1, OBS)

v. Puntuales

Debido a la retroalimentación recibida de parte de los participantes del programa Enlaces OBS, posterior a las intervenciones realizadas en prácticas saludables en años anteriores, los miembros de la OBS proponen hacer sesiones de una duración breve, donde se presente el contenido de manera clara y concreta, para captar la atención de las personas participantes de forma efectiva. Lo anterior, independientemente de que las sesiones sean virtuales sincrónicas, asincrónicas o presenciales.

F. Propuesta de intervención que promueva prácticas saludables relacionadas con alimentación y nutrición en personas funcionarias de la UCR

A continuación, se detalla la justificación, los objetivos, los aspectos teóricos y metodológicos a tomar en consideración para el desarrollo de la propuesta de intervención, que responde a lo identificado en el análisis de resultados. Es importante recordar que, esta propuesta se basó en el diagnóstico realizado con las personas participantes en el programa enlaces OBS, la revisión bibliográfica y la entrevista al personal de la OBS.

1. Justificación

Los resultados descritos anteriormente concuerdan con lo expresado en la literatura en cuanto a la existencia de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos y ambientales capaces de determinar el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Lo anterior pone en evidencia que para una mejor comprensión de la salud es importante que se identifiquen y conozcan estos factores determinantes. A su vez, es mediante la identificación y el conocimiento de estos factores que es posible diseñar intervenciones efectivas para promover la salud, ya que permite centrarse en objetivos precisos y específicos de acuerdo con la población que se desea intervenir (Marqués *et al.*, 2018).

La promoción de salud es una disciplina básica de la salud pública que busca involucrarse en estas condiciones con el fin de instrumentar las acciones necesarias para incidir sobre los determinantes de la salud. En otras palabras, la promoción de la salud trabaja tomando en cuenta el origen de los determinantes y analiza la forma en que las personas se exponen a ellos, poniendo énfasis en determinar cómo pueden éstas ya sea protegerse o volverse más resilientes, y de esta forma, utilizarlos para impulsar el bienestar (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020).

Por otro lado, se ha observado que la implementación de la promoción de la salud en el lugar de trabajo ha permitido influenciar en la salud de los individuos, sus familias e inclusive, su comunidad. Dado que las personas pasan aproximadamente un tercio del día en sus lugares

de trabajo, este espacio representa un escenario ideal para ejecutar acciones que ayuden a mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas, así como a la prevención de enfermedades. Al realizar intervenciones a nivel laboral, se pretende que las personas puedan llevar un proceso tanto individual como colectivo, así como integral y dinámico, capaz de llevarlos a vincular diversos conocimientos, experiencias, prácticas y herramientas con el fin de mantener o construir prácticas saludables (Gomero y Francia, 2018).

Un aspecto fundamental para la promoción de la salud en el lugar de trabajo está relacionado con la intervención desde los DSS, los cuales en el entorno universitario se vivencian de una forma específica. En este espacio coexisten grupos y jerarquías sociales (académicos, administrativos y estudiantes), con claros roles que se interrelacionan por medio de diversos encuentros individuales y grupales, influenciados por factores estructurales de la institución, entre ellos, sus políticas y metas organizacionales. Asimismo, factores intermedios tales como la percepción de control y autonomía, estilos y condición de trabajo, relaciones interpersonales, entre otros, los cuales afectan y modifican el bienestar de las personas, mostrando una vez más la importancia de intervenir en ellos (Rincón y Mantilla, 2018).

Por consiguiente, a través del presente trabajo se pretende diseñar una propuesta de intervención para la promoción de prácticas saludables desde los DSS estructurales e intermedios en el personal universitario de la Sede Rodrigo Facio de la UCR que participa en el programa Enlaces OBS y que se encuentran en la etapa de reformulación del plan de salud. Dicha propuesta busca proporcionar educación nutricional acompañada de elementos que favorezcan una visión integral de la salud, la autogestión de la salud y una alimentación significativa tomando como referente el modelo de educación interactiva, con el fin de brindar a los y las participantes herramientas que favorezcan la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos y, de esta forma, disminuir la brecha existente entre las mismas.

Por último, cabe destacar que se realiza una única propuesta de intervención ya que no se identificaron grandes diferencias en cuanto a los conocimientos, prácticas, facilitadores y

barreras de una alimentación saludable entre las unidades de trabajo académicas, administrativas y UAVI a un grado en el que fuera importante o necesario realizar diferentes intervenciones según unidad, por lo tanto, el abordaje será el mismo. De igual manera, si en su momento, al trabajar con cada una de las unidades, alguna muestra necesidades específicas, sería importante tomarlas en cuenta y realizar las modificaciones respectivas.

2. Objetivos

Al finalizar la intervención las personas participantes serán capaces de:

- **Autogestionar su salud por medio de herramientas que le permitan conocer maneras para realizar prácticas saludables, lo cual se traduce en un bienestar integral.** Esto significa que las personas tomarán el control de su salud, ejerciendo más autonomía a través de un pensamiento crítico y creativo por medio del autoconocimiento y la toma de decisiones.
- **Concebir la salud de una manera integral a través de una alimentación consciente y con sentido.** Las personas disfrutarán de una alimentación libre de remordimientos, de conductas restrictivas, de distracciones ambientales y un concepto propio de imagen corporal positiva con un enfoque de la salud no peso-centrista.
- **Llevar a cabo hábitos saludables de alimentación por medio de estrategias de organización.** Las personas lograrán preparar recetas sencillas, variadas y saludables incorporando técnicas de planificación y almacenamiento, siempre entendiendo que ciertas limitaciones como la falta de tiempo y la colaboración para elaborar alimentos se ven influenciadas también por determinantes sociales como condición de empleo, contexto socioeconómico y cohesión social.
- **Fortalecer una cohesión social por medio de una red de apoyo a nivel familiar y laboral.** Esta red de apoyo le facilitará a la persona llevar a cabo prácticas saludables de alimentación desde el trabajo colaborativo y un ambiente libre de juicio ante la toma de decisiones individuales.
- **Empoderarse para que ocurran cambios en el contexto inmediato de las personas funcionarias, a favor de la promoción de la salud en los lugares de trabajo.** Esto

favorecerá la iniciativa y movilización de las personas funcionarias de las distintas unidades para proponer lineamientos a las jefaturas que fomenten una cultura organizacional apropiada para alcanzar prácticas saludables.

3. Aspectos teóricos

A partir de los resultados obtenidos y con el fin de llevar a cabo con éxito una intervención que promueva prácticas saludables relacionadas con alimentación y nutrición desde los DSS intermedios y estructurales, se propone tomar como base los aspectos epistemológicos que se presentan a continuación.

Las investigadoras indagaron en bibliografía diferentes técnicas o modelos aplicados exitosamente en salud que a su vez se alinearan con el modelo de salud utilizado por la OBS y las necesidades de las personas participantes del programa; esta información se puede ver a mayor detalle en el apartado II (Marco Referencial). Como consecuencia de esto, se decidió que el modelo cuyas bases epistemológicas mejor integra los elementos que se busca para la presente propuesta es el modelo de educación nutricional grupal interactiva de Indira deBeausset (2018).

Este modelo, que busca centrarse en la persona por medio de una educación nutricional grupal interactiva, logra introducir información nueva, pero también que las personas se propongan metas concretas y que a su vez dicha información pueda ser contextualizada al escenario donde se lleva a cabo. Esto también promueve por medio del pensamiento crítico y la toma de decisiones el desarrollar herramientas para la autogestión en salud (deBeausset, 2018).

Esta propuesta no tiene como fin la pérdida de peso o la ausencia de enfermedad como un sinónimo de salud, sino la construcción de prácticas saludables en pro de un bienestar integral para cada una de las personas según sus requerimientos y preferencias, siempre favoreciendo la puesta en práctica de la alimentación significativa (comprendiendo la alimentación consciente y la alimentación intuitiva) y libre de culpabilidad.

4. Aspectos metodológicos

Además de los aspectos teóricos mencionados anteriormente, es importante tomar como base los aspectos metodológicos que se detallan a continuación.

a. Modalidad

Las sesiones se llevarán a cabo bajo una bimodalidad, es decir la combinación del modelo virtual y el presencial (Mora, 2017); la modalidad a utilizar dependerá de la naturaleza de cada sesión, según lo que determine el facilitador de la sesión y la situación laboral y de horario de las personas participantes que conforman el grupo. Para la escogencia de la misma, se recomienda considerar el cuadro 1 de programas virtuales (en el apartado de marco referencial) en el que se explican algunas ventajas y desventajas de los programas virtuales, así como también la guía explicada a continuación.

Cuadro 19.

Guía de escogencia del modelo a utilizar en las sesiones dirigidas a las personas participantes del programa Enlaces-OBS, Costa Rica 2020-2021.

Modelo Virtual Sincrónico	Modelo Virtual Asincrónico	Modelo presencial
<ul style="list-style-type: none"> - La sesión tendrá contenidos teóricos y requerirá de la participación e interacción de las personas participantes. - En sesiones con duraciones de una hora o menos (considerar que la participación del facilitador sea de aproximadamente 30 minutos y el resto sea interacción entre los participantes o una actividad más dinámica) - En caso de que las personas participantes necesiten flexibilidad de horario, considerar este modelo ya que ahorra tiempo al no tener que desplazarse. - Si las sesiones involucran al núcleo familiar y/o talleres de cocina. 	<ul style="list-style-type: none"> - La sesión tendrá contenidos teóricos, pero no requiere de interacción con las personas participantes en vivo. - Cuando no todas las personas participantes puedan acceder a conexión a internet o utilizar dispositivos electrónicos en el horario de la sesión. - Cuando las sesiones contengan temas que podrían requerir que las personas participantes vayan a su propio ritmo. 	<ul style="list-style-type: none"> - La sesión tendrá talleres prácticos que implican socialización. - En sesiones con duraciones de más de una hora. - Se necesitan recursos que se tienen únicamente en las instalaciones universitarias.

Por otra parte, se pretende fortalecer los canales de comunicación con los participantes mediante el envío de material complementario a las sesiones. Se recomienda que este sea llamativo y se envíe a través de recursos en línea como blogs, foros, videos, redes sociales, evaluaciones o formularios en línea, correo electrónico, mensajería instantánea y aplicaciones móviles. Con estas herramientas se busca fortalecer el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico, desarrollo de la creatividad, mayor espíritu de cooperación y participación y a su vez fomentar las redes de apoyo en el ámbito laboral y familiar.

b. Público meta

Personas participantes al programa Enlaces-OBS de la sede Rodrigo Facio de la UCR en etapa de reformulación, mayores de 18 años.

c. Reclutamiento de los participantes

Se propone realizar una invitación abierta a las personas para que estas puedan participar de forma voluntaria en las sesiones. Además, hacer invitaciones llamativas para incentivar la participación; estas se envían a las personas participantes a través de la persona enlace de unidad.

d. Número de participantes

Se sugiere realizar las sesiones con un número aproximado de 10 a 15 participantes, con el fin de que todos y todas tengan la oportunidad de aportar a las conversaciones y aclarar sus dudas; asimismo, esta es una cantidad adecuada de personas según lo expresado por los y las participantes, así como lo encontrado en la literatura. Iniciar preferiblemente con un grupo de 15 - 20 personas, ya que debido a la deserción probablemente se termine trabajando con 10 a 12 personas, que es lo ideal.

e. Profesionales a participar en las sesiones

Al respecto se propone incorporar a los profesionales de la OBS en Nutrición, Educación Física y Recreación, Psicología, Enfermería, Medicina, Trabajo Social, Periodismo y Arte con un enfoque interdisciplinario, con el objetivo de complementar las intervenciones por medio de ideas de cada área profesional, así como integrar conceptos, procedimientos a través de un nivel más profundo de colaboración para enriquecer el proceso de aprendizaje y enseñanza de las personas participantes y del equipo de trabajo.

f. Estructura de las sesiones

Se propone que las diferentes sesiones, ya sean en modalidad presencial o en modalidad virtual, cuando esta se lleve a cabo de manera sincrónica, cuenten con la siguiente estructura y

distribución de tiempo según lo propuesto por deBeausset (2018) para una sesión de educación interactiva grupal:

Cuadro 20.

Estructura y distribución de tiempo recomendado para las sesiones, Costa Rica 2020-2021.

Fases de la sesión	Duración (minutos)
Apertura y encuadre	5 - 10
Revisión de la cotidianidad	10 - 15
Construcción de lo mejor viable	20 - 35
Retroalimentación	10 - 15
Metas	5 - 10
Cierre	5 - 10

Fuente: deBeausset (2018)

Como se indica en el cuadro anterior, estos tiempos pueden variar según la cantidad de participantes y la relación entre estos, el tema, la dinámica y actividades de cada sesión. Sin embargo, se recomiendan sesiones de una hora para tener el balance entre el desarrollo adecuado de las fases y no generar cansancio entre participantes (deBeausset, 2018). Lo cual concuerda con lo mencionado por los participantes, debido a que resaltan que las sesiones deben ser breves, es decir, de una hora máximo.

Asimismo, se recomiendan sesiones dinámicas en las que se capte la atención de las personas, que se utilicen materiales ilustrativos con el fin de que se entiendan mejor los mensajes, que brinden temas de interés y que sean participativas, fomentando el trabajo en equipo, pero que esta participación sea voluntaria. La OBS también destacó la importancia de que se incluya o se fomente la red de apoyo (familia y/o entorno laboral) en estas.

En el caso de que las sesiones sean compartidas a las personas participantes de manera asincrónica, cada persona podrá trabajar a su ritmo y según su disponibilidad de horario. No obstante, se recomienda que en este caso los contenidos sean más breves que cuando se realizan actividades sincrónicas, ya que puede ser tedioso para la persona, tomando en cuenta que no tiene una interacción con sus compañeros durante el desarrollo de la sesión.

g. Temáticas de las sesiones

Las temáticas que se incluyen en la presente propuesta se priorizaron a partir de las necesidades de las personas participantes y se proponen abordar mediante sesiones dinámicas, virtuales (sincrónicas o asincrónicas) o presenciales, según sea su propósito.

Dicha propuesta parte del hecho de que la población a la cual se dirige esta propuesta son personas participantes del programa Enlaces-OBS en la etapa de reformulación (del Plan de Salud). Esto se debe a que la población en estudio, que manifestó sus necesidades y preferencias, comparte una base de conocimientos acerca de alimentación saludable donde temas básicos ya han sido cubiertos y ellos mismos expresan que: “ya saben qué es una alimentación saludable, lo que les hace falta es poder llevarlo a la práctica” (comunicación personal, 2020). Sin embargo, hay que tomar en cuenta que al momento de implementar esta estrategia, cada grupo puede evolucionar de manera diferente, a ritmos diferentes y con diferentes grados de compromiso y compatibilidad con los contenidos.

Para el éxito de la intervención se recomienda ejecutar este plan en el periodo de un año, ya sea por medio de sesiones semanales o quincenales (dependiendo de la disponibilidad y compromiso del grupo). Además, se recomienda que antes de empezar, se evalúen las prioridades del grupo en cuanto a oportunidades de mejora y de aprendizaje, y con esta información, elegir los temas de la manera que mejor se adapte al caso.

En el cuadro a continuación se detallan los aspectos a tomar en cuenta para la intervención educativa.

Cuadro 21.

Temas propuestos y contenidos a considerar para el desarrollo de las sesiones educativas, Costa Rica 2020-2021.

Propuesta de temas	Contenidos recomendados
Entorno laboral solidario en alimentación y prácticas saludables	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación de acciones para el cumplimiento de objetivos grupales en el lugar de trabajo, en cuanto a la alimentación - Construcción de una red de apoyo que potencie el trabajo en equipo - Establecer entornos colaborativos para la promoción de prácticas saludables - Recomendaciones de preparaciones y alimentos nutritivos para eventos (cumpleaños, reuniones) en el ámbito laboral
Alimentación consciente	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar conciencia del sabor, color, olor y textura de cada alimento - Reconocimiento de las emociones y sensaciones de hambre y saciedad - Elecciones conscientes sobre los alimentos, así como el espacio y el lugar en el que se consumen - Alimentarse desde la autocompasión y sin juicio ante la comida - Eliminación de distracciones a la hora de comer
Gestión del tiempo	<ul style="list-style-type: none"> - Herramientas para el manejo del estrés y del tiempo - Identificar la importancia del ocio - Planificación de los tiempos de comida - Realización de pausas activas - Establecimiento de límites sanos para la salud emocional - Elecciones conscientes sobre cómo gestionar el tiempo
Cómo planificar un menú familiar o personal	<ul style="list-style-type: none"> - Organización familiar para planificar el consumo de alimentos - Construcción de una red de apoyo que facilite la instauración de prácticas saludables en el hogar - Comunicación asertiva entre los miembros de la familia
Cómo elaborar listas de compras	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de recetas variadas - Conocer los alimentos de temporada

Propuesta de temas	Contenidos recomendados
Preparación de alimentos en familia	<ul style="list-style-type: none"> - Desmitificar que la alimentación saludable y variada es difícil, cara y/o desagradable - Elecciones conscientes en cuanto a la compra de los alimentos, considerando elementos como cantidad, fecha de caducidad, estado de maduración, entre otros - Presupuesto familiar - Técnicas de cocción - Habilidades culinarias y creatividad en la cocina - Construcción de una red de apoyo que promueva una alimentación saludable para todos los miembros del hogar
“Meal Prep”	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas correctas de almacenamiento de alimentos - Organización necesaria para la preparación y almacenamiento de los alimentos - Elecciones conscientes sobre la preparación y almacenamiento de alimentos para evitar el desperdicio
Imagen corporal positiva	<ul style="list-style-type: none"> - Cómo evitar la publicidad corporal engañosa - Familiarizarse con la naturalidad y diversidad corporal - Desmantelar mitos como que la delgadez es sinónimo de salud - Promoción de la salud en todas las tallas - Indicadores de buena salud no relacionados con el peso corporal
Corresponsabilidad en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> - Propiciar entornos colaborativos en donde todos los miembros de la familia participen y colaboren de manera equitativa en la preparación de alimentos - Propiciar una distribución equitativa de las labores domésticas - Desmitificación de los roles tradicionales adjudicados al hombre y la mujer en el hogar
Empoderamiento y organización para generar cambios en salud en los lugares de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar aquellas barreras del entorno que impiden o dificultan la ejecución de prácticas saludables

Propuesta de temas	Contenidos recomendados
	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir posibles soluciones, negociaciones o acuerdos que solventen las barreras identificadas - Definir y planificar las acciones a tomar para lograr los resultados deseados - Desarrollar una primera etapa del plan de acción o propuesta.

En la primera columna del cuadro anterior, se encuentra la propuesta de temas que responden a los principales hallazgos de la investigación en cuanto a barreras y facilitadores para adquirir prácticas saludables. En la segunda columna se describen algunos contenidos que fueron identificados durante el análisis de resultados, que permiten abarcar los aspectos más importantes de los diferentes temas propuestos.

Asimismo, en las temáticas que involucran a los y las familiares de la persona participante, se recomienda extender la invitación de la sesión a dichos miembros, o bien, complementar la información con material educativo que pueda ser de utilidad para toda la familia.

Es necesario hacer hincapié en que no son los únicos contenidos que pueden o deben ser desarrollados en las sesiones, si bien son producto de esta investigación, la modificación de estos queda a criterio profesional de las personas encargadas de planificar y ejecutar las sesiones.

h. Evaluación de las sesiones

Según deBeausset (2018), la evaluación de las sesiones contempla principalmente tres aspectos:

- Cómo fue la reacción del grupo en cada fase de la sesión.
- Adecuación de las metas que se proponen.
- La fluidez de la síntesis que las personas participantes realizan al final y que pueden identificar los mensajes principales que fueron planificados.

En el siguiente cuadro elaborado por deBeausset (2018) se presenta una síntesis de los indicadores para evaluar la efectividad de una sesión que pueden ser aplicados tanto en autoevaluación por la facilitadora como por una persona observadora externa.

Cuadro 22.

Indicadores para la evaluación de sesiones de la Educación Nutricional Grupal Interactiva, Costa Rica 2018.

Fases de la sesión	Objetivos de la fase	Indicadores para la evaluación
Apertura y exploración	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de la cotidianidad - En sesiones posteriores: monitoreo de implementación de metas 	<ul style="list-style-type: none"> - Mensajes son positivos, clima motivador y sin juzgamientos - Escucha activa: retoma lo que la persona dice y busca la relación con el tema - Reconocimiento de logros
Construcción de lo mejor viable	<ul style="list-style-type: none"> - Construcción del concepto - Construcción de lo mejor viable, ajustado a la realidad física, intelectual y emocional de la persona - Construcción del empoderamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Claridad y comprensión de los mensajes - Escucha activa - Buen ritmo en la sesión - Participación colaborativa
Retroalimentación	Aplicar los conceptos para resolver problemas similares a los que se enfrentan en la vida cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> - La mayoría resuelve bien las actividades de aplicación
Metas	Cada persona plantea sus metas	<ul style="list-style-type: none"> - Metas concretas en el qué, cuándo y cómo; realistas, medibles y acordadas
Cierre	Reflexión o metacognición de lo hecho en la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - La mayoría identifica los mensajes principales que la persona facilitadora planificó

Fuente: deBeausset (2018).

En el cuadro anterior se desglosan los principales elementos para la evaluación de una sesión; sin embargo, existen otros elementos que pueden denotar que las personas participantes están repensando e interiorizando la información, por ejemplo, si hay un buen ritmo en la discusión, si hay personas que conectan ideas con las de otras personas en el grupo, si relacionan la información nueva con su propia realidad, si expresan sus propias experiencias y si se observa que hay interés en la sesión (deBeausset, 2018).

Por otra parte, al finalizar el programa, se espera que las personas participantes logren una mayor unidad a nivel laboral desde sus grupos de trabajo, propiciando un ambiente óptimo en el que se refuerce y apoyen las prácticas acerca de alimentación saludable, a través de una red de apoyo. Además, se espera que al finalizar el programa las personas participantes fortalezcan sus relaciones familiares en cuanto a un apoyo o búsqueda en conjunto para realizar prácticas cotidianas de bienestar. Finalmente, se espera que obtengan la adquisición de nuevos hábitos y cambios que colaboren a integrar prácticas saludables a través de objetivos a corto plazo, desde la autoeficacia.

A continuación, se presenta la figura 10, la cual resume todos los aspectos a considerar en la propuesta de intervención para la población en estudio descritos anteriormente.

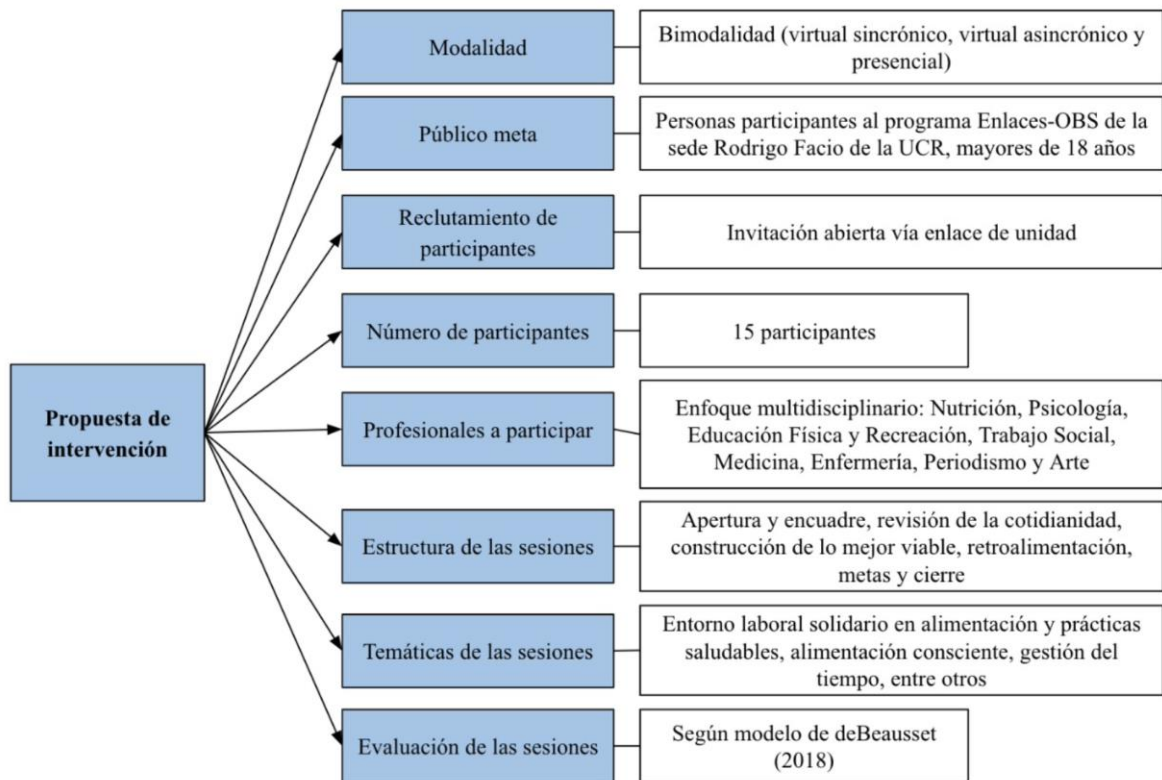


Figura 10. Aspectos metodológicos de la propuesta de intervención dirigida a las personas funcionarias de la sede Rodrigo Facio de la UCR, Costa Rica, 2020-2021.

VI. Discusión

Este estudio brinda aportes importantes acerca de aspectos que la OBS debe considerar al realizar una propuesta de intervención en relación con alimentación y nutrición dirigida a personas funcionarias de la Sede Rodrigo Facio de la UCR. Como principales hallazgos de esta investigación, se tiene que dicha intervención debe ser abordada desde una visión integral de la salud, contemplando los DSS y por medio del modelo de educación interactiva grupal (deBeausset, 2018).

Es importante mencionar que todas las personas tomadas en cuenta en dicha investigación habían participado en el programa Enlaces-OBS, lo cual explica la base de conocimiento que poseen con respecto a alimentación saludable, algunas personas inclusive hicieron mención a frases que la nutricionista de la OBS les ha enseñado. Ejemplo de ello es el concepto de salud que todos los participantes manejan que es que comprende un bienestar integral y un balance del área física, mental, emocional y espiritual. Este concepto hace sentido debido a que coincide con el Modelo de Vida Creativa que la OBS ha intentado impulsar mediante la estrategia UCR Saludable, mencionado anteriormente (Vargas, 2021).

Sin embargo, a su vez se identificaron mitos en sus discursos. Estos mitos provienen principalmente de información desactualizada o que se encuentra en redes sociales, consejos o creencias por parte de sus amigos y/o familiares. La alimentación humana a través de la historia se ha visto influida por: el *folklore*, las creencias religiosas, situaciones político-económicas, por costumbres y modas, favorecidas actualmente estas últimas por los medios de comunicación (Murillo y Pérez, 2017); así como por los determinantes sociales estructurales, intermedios y desigualdades en salud como la clase social, género, condiciones de empleo y trabajo, entre otros, los cuales afectan el acceso a una educación o a fuentes confiables de información repartida de manera equitativa a la población (Boticario, 2017).

En este caso, una de las principales creencias erróneas detectadas en algunas de las personas encuestadas fue que expresaron que se debe eliminar o restringir de manera estricta

ciertos alimentos o grupos de alimentos como grasas o frituras, gaseosas, pan, azúcar, postres o carbohidratos, entre otros, con el fin de lograr cumplir con una alimentación que consideren saludable. No obstante, se ha demostrado que personas sanas pueden consumir todos los grupos de alimentos en cantidades adecuadas y equilibradas sin afectar negativamente el estado nutricional (Boticario, 2017).

En la literatura también se menciona que se debe conocer las respuestas individuales a la alimentación de cada persona y, con estos conocimientos, fomentar prácticas de alimentación saludables con el objetivo de evitar las enfermedades y alcanzar estados óptimos de salud, ya que la alimentación más adecuada es aquella que tiene en cuenta todas las condiciones que nos definen como personas y constituyen una cultura, con hábitos alimentarios, gustos, estado de salud, costumbres e ideales, actividad física y estilos de vida diferentes (Álvarez, 2014).

Cabe destacar que, aunque las personas participantes comparten una base de conocimientos en alimentación y otras prácticas relacionadas con la salud, no consideran que por contar con información de calidad va a ser posible poner en práctica la totalidad de estos conocimientos, es decir no todos lo llevan a la práctica o lo logran mantener a través del tiempo. Aun sabiendo lo que es “bueno” o “malo” para la salud, diferentes determinantes sociales pueden ser más significativos debido a que sus conocimientos chocan con las prácticas de vida y con el contexto en el que viven (de Moraes y Blanco, 2015).

Adicionalmente otra creencia arraigada por la mayoría de las personas encuestadas es la creencia manifestada acerca de la debida realización de específicamente cinco tiempos de comida a lo largo del día en un horario establecido como requisito para llevar una alimentación saludable. Si bien esta es una creencia muy común, en un pasado fundamentada inclusive por nutricionistas, estudios recientes han demostrado que no existe un número correcto de tiempos de comida que se deben realizar al día; sino que, estos se deben ajustar al estilo de vida, necesidades y preferencias de la persona sin impedir una alimentación saludable (Vázquez y Ruiz, 2020).

Esta información es importante que sea tomada en cuenta también por las personas funcionarias, ya que, según sus contextos, tales como condiciones de trabajo y demás labores, muchas veces no permiten que se puedan cumplir de manera estricta estos espacios y esto no debería llevarlos a sentir culpa por sus hábitos de vida o sentir que ya “fallaron” o “pecaron”.

Agregando al tema de las prácticas alimentarias, otro resultado valioso a tomar en cuenta es que las personas entrevistadas lograron identificar con mayor facilidad barreras que facilitadores para poner en práctica hábitos de bienestar para su salud. Esto refleja que tienen más presente las situaciones que les impiden llevar prácticas saludables o están faltos de herramientas para solucionar los obstáculos que se presentan a la hora de querer implementar una alimentación saludable. Asimismo, esto los puede hacer más propensos a no iniciar o no mantener hábitos saludables.

En relación con lo anterior, un tema muy presente, identificado como una barrera, en la población encuestada fue el de la falta de disciplina y fuerza de voluntad, ya que existe la percepción de que llevar una alimentación saludable es una labor difícil, demandante, que requiere de mucho esfuerzo y que no debe ser descuidada, lo cual les produce a muchos culpabilidad o los lleva a conductas alimentarias rígidas a pesar de que hayan factores que no están bajo su control. En este momento resulta importante analizar si la barrera reside en un problema personal en cuanto a una “falta de voluntad o disciplina” o si existe la posibilidad de que sus condiciones de vida no les permiten desarrollar adecuadamente las demás actividades, especialmente las relacionadas con cuidar su salud.

Así mismo, resulta interesante que esta información coincide con otros estudios realizados, es decir, que es común para las personas “achacarse” de manera personal el hecho de no lograr poner en práctica hábitos de alimentación saludable sin contemplar los factores de su entorno que llegan a limitar estas prácticas. Como lo mencionan Martínez Jaikel y Frongillo (2016) en su estudio a un grupo de mujeres en inseguridad alimentaria, ellas identificaron como su principal dificultad para perder peso la falta de motivación y fuerza de voluntad, a pesar de

que claramente estas mujeres tenían barreras sociales, familiares y ambientales, que les dificultaban realizar los cambios.

Relacionado a esto la población mencionó dentro de las barreras el preparar poca comida casera o no tener el tiempo para ello, sin embargo, tener poco tiempo disponible para la preparación y el consumo de los alimentos puede ser considerado como un factor determinante intermedio cuando es relacionado con las condiciones de empleo y trabajo, como es el caso de lo mencionado por las personas encuestadas, ya que los horarios y las cargas laborales influyen de forma directa sobre el manejo del tiempo, provocando que las personas empleadas consideren que les falta tiempo para realizar algún tiempo de comida. Otro aspecto que se debe tomar en cuenta es el factor territorial que marca una clara desigualdad entre las personas que viven cerca de sus lugares de trabajo y las que deben trasladarse durante horas desde sus hogares.

Adicionalmente, como parte del estudio se evaluaron las prácticas acerca de alimentación saludable realizadas por la población participante. Se determinó que el consumo de frutas y vegetales frescos al día es inadecuado, ya que se encuentra por debajo de la recomendación. Según las Guías Alimentarias para Costa Rica (2011), se debe consumir al menos cinco porciones al día entre frutas y vegetales frescos, siendo las opciones de porción una fruta entera mediana, media taza de fruta picada, medio vaso de jugo de fruta, una taza de vegetales crudos o media taza de vegetales cocidos.

Esta recomendación está sustentada por el hecho de que el consumo de frutas y vegetales en la dieta provee nutrientes esenciales como vitaminas y minerales; además, contienen antioxidantes y fibra dietética, un compuesto fundamental para la salud gastrointestinal (Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias, 2011). Estudios indican que el consumo de frutas y vegetales está mediado por múltiples factores individuales y sociodemográficos, entre ellos las preferencias, el género, la edad, la disponibilidad y el acceso a estos alimentos (Gómez *et al.*, 2020).

Cabe destacar que la recolección de datos en cuanto al consumo de frutas y vegetales fue llevada a cabo previo a la pandemia. En realidad, resultó interesante que las personas encuestadas en los grupos focales mencionaron que actualmente, en tiempos de pandemia, consumen más comida casera (incluyendo frutas y vegetales).

Por consiguiente, el factor de disponibilidad y acceso a los alimentos, como parte del contexto analizado en la presente investigación durante la pandemia COVID-19, refleja que los nuevos medios de distribución y entrega de alimentos frescos como frutas y vegetales a la puerta del hogar representan una posibilidad de aumentar el consumo de dichos alimentos; a su vez el hecho de contar con más tiempo en el hogar, gracias a las condiciones del trabajo remoto, hacen del consumo un momento más placentero y consciente en el hogar, lo cual coincide con estudios recientes.

Por otro lado, de acuerdo con el consumo de lácteos visto en la población de estudio, este también se encontró por debajo de lo recomendado por las Guías Alimentarias de Costa Rica (2011), que establece consumir tres porciones al día entre leche, yogur y queso, con tamaños de porción de un vaso para la leche, leche agria y yogur, o una rebanada de queso de aproximadamente 30 gramos, para cubrir el requerimiento diario de calcio. Investigaciones sobre la prevalencia de ingesta inadecuada de micronutrientes en la población urbana de Costa Rica, determinó que, en el caso del calcio, el riesgo de una ingesta inadecuada superó el 92% en todos los grupos de edad (Gómez *et al.*, 2019).

Como se describió anteriormente, según la literatura, la pandemia por COVID-19 vino acompañada de cambios en hábitos alimentarios. Recientemente se ha analizado el comportamiento alimentario en familias a nivel de Latinoamérica y se ha visto que durante el período de confinamiento han cambiado sus patrones de consumo, aumentando la ingesta de alimentos como leche, huevos, fruta, verduras y bajando el consumo de alimentos como comidas rápidas, embutidos, bebidas azucaradas, entre otros. Los autores de este estudio establecen que una posible causa del aumento de alimentos saludables parte de la preocupación de la población

sobre la importancia de una alimentación saludable y su vinculación con un mejor estado de salud general (Araneda *et al.*, 2021).

De igual forma se evaluó el consumo de azúcar en las personas participantes, previo a tiempos de pandemia. En promedio, la población urbana costarricense consume $68,5 \pm 33,6$ gramos de azúcares añadidos, lo que representa al 14,7% de la ingesta energética. El 79,6% de la población no cumple con la recomendación establecida por la OMS, excediendo el 10% recomendado de la ingesta energética proveniente de los azúcares añadidos, contrario a lo reportado por la muestra analizada, cuyo consumo fue notoriamente menor (de 0 a 10 gramos al día) (Gómez *et al.*, 2019). Los resultados obtenidos arrojan información contraria a la detallada en la literatura, esto puede deberse a que la herramienta de recolección de datos aplicada a la muestra pudo ser confusa o malentendida por las personas participantes, quienes pudieron brindar información poco precisa sobre este tema, por lo que se interpretó esta información como cucharaditas de azúcar agregadas, sin contemplar el azúcar consumido en productos empacados.

En estudios anteriores no se identificaron diferencias significativas en el aporte de los azúcares añadidos a la ingesta de energía diaria según el nivel socioeconómico, pero existen datos que muestran que el mayor consumo de azúcares añadidos se produce en el hogar, ya que, contrario a lo que se cree, las comidas preparadas y consumidas en casa no están cumpliendo con las recomendaciones asociadas a un menor consumo de azúcar (Gómez *et al.*, 2019).

Después de analizar los datos de ingesta de los grupos de alimentos discutidos anteriormente, es relevante agregar que, aunque la mayoría de las personas participantes en los grupos focales y entrevistas indicaron que una práctica frecuente que realizaban era el consumo balanceado de alimentos, no queda evidenciado por las respuestas de las personas pertenecientes a la muestra cuantitativa.

Aunado a esto, según el criterio de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la dieta en la población costarricense no es diversa. Cuando se ha indagado más acerca del tema, se ha encontrado que los principales factores asociados a una menor diversidad de la dieta se encuentra el ser mujer y pertenecer al grupo con un menor nivel socioeconómico. Esto concuerda con otras investigaciones que han descrito una mayor diversidad de la dieta en los estratos socioeconómicos más altos, favorecido por la mayor posibilidad de adquirir los alimentos (Gómez *et al.*, 2020).

Ahora bien, es necesario tomar en cuenta que la herramienta de recolección de datos utilizada para este estudio no contempló preguntas sobre el consumo de otros grupos de alimentos, como lo son las proteínas y las grasas de alta calidad, a pesar de que la literatura señala que son insuficientes en la población urbana de nuestro país y en algunos estratos socioeconómicos.

Por otro lado, se consideró de suma importancia, tomar en cuenta los resultados a la luz de la situación vivida en el momento, ya que cuando se llevó a cabo la investigación coincidió con la transición del trabajo de oficina a trabajo remoto por causa de la pandemia. Dentro de las ventajas que se han observado, según la literatura, en relación con el trabajo remoto, se encuentran: libertad para planificar, organizar tareas y administrar los tiempos con el fin de conciliar el trabajo y demás actividades fuera del ámbito laboral, integrar a colaboradores que tengan capacidades especiales o dificultad física para transportarse, disminución en el tiempo de transporte, entre otros (Santillán, 2020). Esto coincide con lo encontrado en los grupos focales de dicha investigación.

Sin embargo, otro de los temas importantes que se debe tomar en cuenta en relación con el trabajo remoto es la conciliación que debe existir entre el horario laboral desde casa y el convivio en el mismo sitio con su familia. Dockery y Bawa (2018), indican que algunos estudios confirman que la unión de los ámbitos laboral y familiar en ocasiones se correlaciona negativamente con la satisfacción de la vida familiar, la relación con la pareja y la igualdad con

respecto a las responsabilidades familiares. Los estudios realizados han evidenciado cómo las exigencias de los ámbitos laboral y familiar se disputan un tiempo limitado, la energía física y los recursos psicológicos de las personas (Carlson *et al.*, 2000; Bakker *et al.*, 2008; Thomas y Ganster, 1995).

Un estudio realizado en Costa Rica, cuyo objetivo era evaluar el impacto en la motivación y el desempeño laboral de personas funcionarias que se incorporaron a la modalidad de trabajo remoto en el contexto del COVID-19, identificó que a 16% de las personas encuestadas se les había reducido su motivación debido a problemas en la comunicación con sus equipos de trabajo, falta de interacción social y falta de espacios de esparcimiento. Por el contrario, el 84% mostró un nivel de satisfacción muy alto, rescatando como beneficios un mayor aprovechamiento del tiempo, una mejoría en la calidad del trabajo, mayor tiempo con la familia y para descansar, así como mejores tiempos de alimentación (Gutiérrez y Solano, 2020).

Todo esto es importante retomarlo, ya que estos hábitos se relacionan e influyen de manera directa con la alimentación. Por ejemplo, según lo expresado por las personas funcionarias, la mayoría indicó que cuentan con más tiempo, el cual destinan para diferentes actividades y prácticas como el descanso, alimentación (preparación y consumo), actividad física, tiempo en familia, entre otros; lo que ha impactado de forma positiva su calidad de vida.

Por otro lado, con respecto al tema emocional de estrés y ansiedad en tiempos de pandemia, otro estudio refleja el impacto de la pandemia de COVID-19 y la relación entre los hábitos alimentarios, el estado de ánimo mental y emocional. En este estudio un alto porcentaje de los encuestados experimentó un estado de ánimo depresivo, sentimientos de ansiedad, y casi la mitad consumían alimentos reconfortantes y estaban inclinados a aumentar la ingesta de alimentos para sentirse mejor en respuesta a la ansiedad (Di Renzo *et al.*, 2020).

Así mismo, se llevó a cabo un estudio en Canadá cuyo objetivo era determinar las diferencias de género en la salud mental de las personas durante la pandemia por COVID-19.

Este propone que el estrés y la ansiedad en las mujeres pueden ser el resultado del aumento en el trabajo familiar y doméstico. El estudio mostró que las mujeres dedicaban más tiempo en promedio, en comparación con los hombres, al cuidado de niños y tareas domésticas no remuneradas (Moyser, 2021).

Los resultados obtenidos en la presente investigación concuerdan con lo reportado en la literatura, ya que se destacó la sobrecarga de labores en las mujeres debido a que, además de sus respectivos trabajos, la mayoría deben atender a labores domésticas y el cuidado de sus hijos e hijas sin una adecuada colaboración de su pareja.

El Instituto de Estudios de Género de la Universidad Estatal a Distancia (UNED) en conjunto con otras entidades, realizaron en el año 2011 la primera Encuesta de Uso del Tiempo en la Gran Área Metropolitana (EUT-GAM), con el fin de conocer la brecha que existe entre hombres y mujeres en cuanto al uso del tiempo. Se encontró que las mujeres destinan al trabajo doméstico no remunerado un tiempo semanal de 37 horas y 8 minutos, más del doble que los hombres, los cuales destinan 15 horas y 43 minutos. La preparación y servicio de alimentos es la tarea que toma una mayor cantidad de tiempo, con 12 horas y 31 minutos semanales las mujeres y 3 horas y 30 minutos los hombres, seguido por la limpieza y mantenimiento de la vivienda (9 horas semanales las mujeres y 3 los hombres), así como el cuidado exclusivo de niños y niñas menos de doce años (5 horas semanales las mujeres y 2 los hombres) (UNED, 2013).

Según lo encontrado, las personas trabajadoras más vulnerables a desarrollar consecuencias negativas debido a un volumen excesivo de trabajo son las que mantienen una relación y contacto directo con personas, como por ejemplo docentes o personas con cargos administrativos, siendo las mujeres con edad promedio de 38 años las más afectadas (Ramírez, 2017). Cabe destacar que en la presente investigación el 57% de la población en estudio son mujeres y un 52% de la muestra es menor de 40 años.

Las condiciones de empleo con alta demanda laboral limitan las capacidades mentales, emocionales y físicas (Mejía *et al.*, 2020), impidiendo que las personas sometidas a mayores cargas de trabajo y con jornadas extendidas, logren destinar tiempo a otras actividades cotidianas que determinan la calidad de vida y que promuevan prácticas saludables.

Por tanto, a modo de resumen, existen diversos determinantes sociales que influyen sobre las prácticas de alimentación de las personas funcionarias. Específicamente, en relación con las barreras, los principales determinantes estructurales que inciden son la ausencia de una adecuada red de apoyo, lo que afecta principalmente a mujeres y madres de familia debido a la sobrecarga de labores, la falta de apoyo institucional, ya que en ocasiones representa una limitante para la implementación de prácticas saludables durante el horario laboral, así como la pandemia por COVID-19, ya que ha generado alteraciones en los horarios de trabajo y ha conllevado afectaciones en la salud mental de las personas funcionarias.

En cuanto a los determinantes intermedios, la ansiedad y el estrés han generado alteraciones en sus patrones alimentarios en términos de calidad y cantidad. Asimismo, la demanda laboral y el traslado a sus lugares de trabajo reducen el tiempo disponible para la compra, preparación y planificación de alimentos, generando además cansancio y fatiga en las personas funcionarias.

Por otro lado, en relación con los facilitadores, los determinantes estructurales que inciden sobre la alimentación de las personas funcionarias son principalmente el acceso a información fiable, lo cual les permite adquirir conocimientos adecuados en cuanto a alimentación saludable, así como disponer de tiempo suficiente para la planificación, compra, preparación y consumo de alimentos. Por su parte, en cuanto a los determinantes intermedios, la organización, el amor propio y una adecuada red de apoyo familiar y laboral que les permita una adecuada distribución de tareas, así como el fomento de un ambiente que anime a mantener las prácticas saludables, son factores que han influido de forma positiva sobre su alimentación.

Tomando en cuenta todo lo anterior, se desarrolló una propuesta de intervención nutricional dirigida a la OBS para ser implementada con las personas participantes del programa. Esta se hizo considerando todos los puntos anteriores, priorizando de esta manera la importancia del impacto de la educación nutricional integral para disminuir la brecha entre los conocimientos y las prácticas en temas de alimentación saludable, sin dejar de lado los DSS.

Por lo tanto, para lograr mayor efectividad de una manera alineada a lo practicado por la OBS, se propuso trabajar bajo el modelo de educación interactiva con la idea de también fomentar la autogestión de salud, ya que es un proceso a través del cual la persona es totalmente activa en su cambio, identifica y vence sus obstáculos, crea el entorno adecuado, adopta una actitud y determinación necesarias para conseguir adaptar su alimentación, logrando a su vez mejorar otros aspectos de su persona y de su estilo de vida (Moya, 2019).

Con el fin de lograr este empoderamiento en la salud, a su vez resulta importante para la propuesta de intervención tomar en cuenta la cohesión social, la cual se encuentra conectada con la salud, ya que las relaciones sociales, la convivencia, los vínculos afectivos, el apoyo y la solidaridad son esenciales para alcanzar una vida saludable (Ramasco *et al.*, 2020).

Específicamente, las redes de apoyo sociales se han asociado a mejores estados de salud debido a que son capaces de ayudar a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, así como a mantener un sentido de dominio y control sobre las circunstancias de su vida, representando un factor importante y necesario para el cambio y mantenimiento de prácticas saludables (Lip y Rocabado, 2005). De hecho, en la mayoría de los grupos focales fue mencionado el tema del entorno, ya sea laboral o familiar de manera negativa debido a la influencia que generan los círculos sociales en la toma de decisiones o inclusive en ocasiones, la presencia de críticas constantes que generan presión y por ende, disminución de la motivación para realizar o mantener prácticas saludables.

Se ha identificado que tomar en cuenta las redes de apoyo sociales de las personas, resulta una herramienta de alto impacto (Caro, 2015). Por tanto, se recomendó abordar desde

los temas de entorno laboral solidario en alimentación y prácticas saludables, y preparación de alimentos en familia.

Además del entorno social, las personas participantes detectaron como barrera para llevar una alimentación saludable la influencia de la industria alimentaria, debido a que esta ofrece facilidad y practicidad al ahorrar tiempo de preparación de alimentos e incluso, accesibilidad al ser más barato; información que puede ser desmentida a través de una correcta educación nutricional como se pretende hacer en dicha intervención nutricional.

Como parte de la propuesta de intervención, se desean abordar temas como el de la alimentación consciente desde el autoconocimiento, el reconocimiento de las emociones, el no juicio ante la comida, la toma de decisiones y la alimentación desde la autocompasión, debido a lo anteriormente mencionado con respecto a sentimientos de ansiedad y estrés durante la pandemia o por demanda laboral. Cabe rescatar que la OBS cuenta con un equipo interdisciplinario, el cual va a permitir que se pueda abordar de una forma integral cada uno de los temas de esta y/u otras intervenciones realizadas.

Ahora bien, parte importante de implementar hábitos de salud de manera integral abarca responsabilidades más allá de lo que se encuentra en manos de cada persona, es decir que se requiere apoyo del Gobierno o la institución donde las personas laboran, en este caso la UCR. Por ejemplo, la infraestructura y el equipo con el que las personas funcionarias cuenten en su oficina para preparar o almacenar sus alimentos, razón por la cual mencionaron como limitante la poca variedad de alimentos saludables que pueden llevar a sus trabajos.

Adicionalmente, sería ideal que la UCR pudiera ofrecer espacios de preparación y almacenamiento de alimentos a sus empleados además del espacio educativo brindado por la OBS en temas de organización. Esto refuerza la hipótesis que más importante que transmitir conocimientos científicos e incentivar cambios individuales, es necesario provocar

transformaciones en la sociedad que faciliten la adopción de hábitos sanos (de Moraes y Blanco, 2015).

Finalmente, en áreas más allá de la nutrición (que también son fundamentales para gozar de salud integral), por ejemplo, la actividad física, se requiere de apoyo del Gobierno o las instituciones donde las personas laboran para que se garanticen espacios seguros de recreación. Según Sallis *et al.* (2012), para convencer a las personas que cambien sus hábitos sedentarios y comiencen a activarse, es importante ofrecerles espacios públicos adecuados que faciliten la realización de ejercicio al aire libre, así como también elementos educativos y de orientación que los guíen en su cambio de hábitos. En dicho estudio se identificó que los espacios públicos deben ofrecer acceso, seguridad y limpieza a los ciudadanos para que éstos logren sus metas de activación física.

Por consiguiente, si bien es conocido que existe una disminución de recursos económicos a varios departamentos universitarios, entre ellos la OBS, es imperativo que se promuevan o se desarrollen espacios seguros para la recreación y actividad física en áreas designadas de la universidad que también sean aptas para todo tipo de personas funcionarias, tal y como se establece en las políticas públicas de la UCR.

VII. Conclusiones

Características sociodemográficas

- El estudio estuvo conformado por personas funcionarias de la Sede Rodrigo Facio de la UCR pertenecientes al programa Enlaces-OBS. Más de la mitad son mujeres, se encuentran en la adultez joven y conviven con una pareja. Todos estos aspectos fueron fundamentales de considerar a la hora de plantear la propuesta de intervención.

Situación de salud

- Las principales patologías que presentan las personas están relacionadas con la alimentación, siendo las enfermedades del tracto gastrointestinal las más comunes. En cuanto a la salud mental, las principales afectaciones reportadas están relacionadas con la presencia de estrés laboral, negatividad y sentimientos de soledad, lo que evidencia la importancia de entender la salud como un bienestar integral, en lugar de reducirla a la ausencia de enfermedad, así como de evaluar y atender las necesidades físicas, mentales, emocionales y espirituales de las personas a intervenir.

Conocimientos y prácticas con respecto a alimentación saludable

- A pesar de que para las personas participantes no existe una única definición de alimentación saludable, coinciden en la importancia de una educación de calidad para saber qué y cómo lograr una alimentación saludable de una manera integral. No obstante, a su vez tienen presente que el conocimiento no es suficiente para implementar una alimentación saludable, ya que han identificado diversos factores capaces de influir de forma positiva o negativa, poniendo en evidencia la influencia de diversos DSS en la ejecución de prácticas saludables.
- Las personas participantes tienen conocimientos acertados en cuanto a alimentación saludable ya que consideran que esta debe ser individualizada, es decir, según las necesidades y preferencias de cada persona. Asimismo, concuerdan en la importancia que posee la cantidad y calidad de los alimentos consumidos.
- Se encontró que las personas cuentan con una base de conocimientos en relación con alimentación y nutrición, sin embargo, a su vez se identificó la presencia de mitos provenientes de información desactualizada, redes sociales y creencias de su entorno

inmediato. Ejemplo de ello se tiene el considerar que, para poder llevar a cabo una alimentación saludable, es necesario la eliminación o restricción de algunos alimentos, así como cumplir con un número de cinco tiempos de comida al día. La identificación y el abordaje de estas creencias erróneas es importante ya que podrían llegar a convertirse en barreras para implementar una alimentación saludable. En este caso, se podría estar limitando el consumo de algunos alimentos necesarios para la población. Asimismo, el incumplimiento de estas creencias erradas podría llevar a sentimientos de culpabilidad y ansiedad en torno a la alimentación.

- Se observó una contradicción entre el reconocer la importancia de llevar una alimentación consciente, la cual definen como una alimentación placentera y libre de culpa, y su aplicación dado a que algunas personas realizan actos compensatorios al consumir alimentos que consideran como no saludables debido a sentimientos de culpa; por tanto, el abordaje de este tema se vuelve de gran importancia como parte de la intervención nutricional propuesta.
- Se determinó que el consumo de frutas y vegetales frescos, así como de lácteos, se encuentra por debajo de las recomendaciones diarias en la muestra cuantitativa, lo cual coincide con los hábitos alimentarios de la población costarricense en general, ya que el consumo de estos grupos de alimentos se encuentra por debajo de las recomendaciones brindadas por las Guías Alimentarias para Costa Rica.
- Las personas reconocen que la actividad física, las actividades recreativas, el ocio y una adecuada higiene del sueño favorecen el llevar a cabo una alimentación saludable, ejerciendo además un impacto positivo sobre su estado de salud en general; sin embargo, han identificado que la falta de tiempo y la sobrecarga laboral principalmente, son factores que en ocasiones les impiden realizarlos.

Barreras y facilitadores

- Para las personas participantes resulta más fácil identificar barreras que facilitadores para llevar a cabo prácticas saludables relacionadas con alimentación y nutrición, lo cual se puede deducir porque la lista de barreras es significativamente mayor. Esto coincide con lo reportado en la literatura, la cuál indica que por lo general las personas tienden a

percibir más barreras que facilitadores, lo que los limita a iniciar y/o mantener sus prácticas saludables.

- Se identificaron barreras y facilitadores relacionadas con algunos determinantes sociales estructurales e intermedios, los cuales en su mayoría coinciden con lo reportado por diversos estudios a nivel internacional. Sin embargo, es importante mencionar, que al ser un estudio principalmente de carácter cualitativo, se identificó, pero no se pudo medir en qué magnitud y si generaba algún tipo de desigualdad y/o inequidad.
- Tanto los facilitadores como las barreras identificadas por las personas incluyen factores internos (por ejemplo, situaciones emocionales) y externos (por ejemplo, el entorno y el acceso y disponibilidad a alimentos). Estos hallazgos son importantes de considerar a la hora de realizar las intervenciones, pues orientará al tipo de herramientas que las personas participantes pueden necesitar.
- La pandemia por COVID-19 representa uno de los factores que ha influido de forma significativa en la salud de las personas participantes durante los últimos años. Esto ha conllevado repercusiones a nivel físico, social, psicológico y emocional, que en algunos casos es positivo, mientras que, en otros, negativo, lo cual coincide con lo reportado en la literatura.

Características deseables para la intervención

- En la mayoría de los aspectos relacionados con la modalidad, logística, medios de difusión, enfoque y temas de las sesiones educativas, así como del abordaje en general de las intervenciones nutricionales, lo mencionado por las personas funcionarias como características deseables coincide con lo indicado por los profesionales de la OBS y lo reportado en la literatura. Ejemplo de ello se tiene: los beneficios de la bimodalidad, la importancia de que se realice en grupos pequeños con actividades prácticas y dinámicas, que se ajuste a las necesidades y preferencias de la población a intervenir, que sea abordado por un equipo multidisciplinario, entre otros.

Aspectos considerados para la intervención

- Dado el contexto del presente trabajo, toda la información recolectada fue analizada desde una visión de los DSS, la cual contribuyó a una elección de temáticas para las sesiones apropiadas. Adicionalmente, se utilizó el modelo de educación interactiva

(deBeausset, 2018), pues este incluye diversos enfoques, técnicas y metodologías educativas las cuales pueden garantizar una intervención efectiva para la población en estudio.

VIII. Recomendaciones

A. Para las y los profesionales en nutrición de Costa Rica

Considerar la salud como un concepto integral que va más allá de lo que las personas comen, pues este se ve influenciado en gran medida por los DSS. Es de suma importancia considerar todos estos determinantes para que la intervención nutricional sea exitosa, pues son aspectos de la vida de las personas que no se pueden separar.

Asimismo, sumado a tomar en cuenta el contexto de cada persona según los DSS, es importante que los nutricionistas consideren, en las intervenciones, las necesidades individuales según las posibilidades, gustos y preferencias de cada persona a tratar. Es importante y favorable migrar hacia intervenciones alejadas de tratos impersonales y generalizados y trabajar en brindar herramientas para empoderar al paciente y que aprenda a autogestionar su salud con compasión y autonomía.

B. Para futuros estudios similares

Dado que este es el primer estudio realizado con las personas funcionarias de la sede Rodrigo Facio de la UCR relacionado con los DSS, que participan del programa Enlaces-OBS desde un enfoque de alimentación y nutrición, se abre el espacio para realizar un futuro estudio que evalúe la implementación de la presente propuesta de intervención, así como posibles puntos de mejora en la misma.

Asimismo, se recomienda realizar un estudio en el que se profundice la magnitud en la que los DSS identificados afectan las prácticas saludables en relación con alimentación y nutrición y si estos generan desigualdades e inequidades en algunos grupos de la población laboral universitaria.

Ahora bien, con respecto al presente estudio, se considera que podrían existir diferencias en cuanto a las barreras y facilitadores para la implementación de prácticas saludables relacionadas con alimentación y nutrición si el estudio se hubiera realizado bajo un contexto de

normalidad y no viviendo una pandemia; por esta razón, sería interesante evaluar si las barreras y facilitadores cambian en un futuro o bien, si unas toman más importancia que otras.

C. Para la Universidad de Costa Rica

Si bien es conocido que existe una disminución de recursos económicos a varios departamentos universitarios, entre ellos la OBS, es imperativo que se promuevan o se desarrollen espacios seguros para la recreación y actividad física en áreas designadas de la universidad que también sean aptas para todo tipo de personas funcionarias, tal y como se establece en las políticas públicas de la UCR.

Asimismo, se recomienda hacer un llamado a la iniciativa y movilización de personas funcionarias y jefaturas con el propósito de generar cambios a nivel interno de las diferentes unidades de trabajo, para de esta manera fomentar una cultura organizacional capaz de promover salud en todos los entornos laborales.

Es fundamental que la institución cuente con un plan de trabajo remoto que vele por la salud de las personas funcionarias, ya que las personas participantes de las tres unidades claramente reconocen que, debido a este tipo de trabajo han retomado hábitos saludables. Esto debido a que, al reducirse el tiempo de traslado, han podido contar con mayor tiempo disponible para la preparación y consumo de alimentos, realizar actividad física, realizar actividades de ocio, descansar, entre otras.

D. Para la OBS

Se considera importante el realizar cuestionarios o encuestas a las personas participantes de las intervenciones para recibir retroalimentación con respecto a la misma y, de esta forma, estar en un constante proceso de mejora con el fin de que estas sean exitosas.

Por otro lado, es necesario tomar en cuenta que la herramienta de recolección de datos cuantitativos utilizada para este estudio no contempló preguntas sobre el consumo de ciertos de

alimentos, como lo son aquellos fuente de proteínas y grasas de alta calidad nutricional, siendo estos de gran relevancia nutricional y que, a su vez, la literatura señala que son insuficientes en la población urbana de nuestro país y en algunos estratos socioeconómicos.

Asimismo, es importante que, al momento de indagar acerca del consumo de las personas, el instrumento de recolección de datos incluya descripciones y preguntas claras en relación con los tamaños de porción y frecuencia con el fin de no sólo conocer el tipo y la calidad de alimentos que se consumen, sino también la cantidad de manera que exista una garantía de que todas las personas encuestadas comprendan lo mismo al leer la pregunta.

Por último, en lo que respecta a la propuesta de intervención, tomando en consideración las barreras, tanto externas como internas, encontradas, se resalta la importancia de brindar las herramientas necesarias en las sesiones con el fin de que las personas participantes puedan empoderarse y tomar el control de su salud, más aún considerando que podrían contemplar que no tienen control sobre algunas de las limitantes mencionadas.

Asimismo, a través de la intervención nutricional se propone abordar no sólo las causas individuales, sino también aquellas ligadas a factores externos por medio de temas como el entorno laboral solidario, así como la planificación y preparación de alimentos a nivel familiar.

IX. Bibliografía

- Adams, K., Greiner, A.C. y Corrigan, J.M. (2004). The 1st annual crossing the quality chasm summit a focus on communities. *National Academies Press*. doi: 10.17226/11085.
- Ángeles, E. (2021). *La UCR fue certificada como la primera universidad promotora de la salud en Costa Rica*. Observatorio de Noticias de la Red Universidad-Empresa ALCUE. <https://observatoriodenoticias.redue-alcue.org/la-ucr-fue-certificada-como-la-primer-universidad-promotora-de-la-salud-en-costa-rica/>
- Alfaro, N. (2018). Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. *Salud Jalisco*, 36-46. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf>
- Álvarez, L. (2014). Hábitos alimentarios saludables: el reto de una dieta personalizada. *Panorama Social*, (19), 115-125. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/019art10.pdf
- Apolinario, O., Medina, J., Lagos, K., Luna, H., García, J.A. y Valencia, R. (2018). Tecnologías para la autogestión de la salud. *Procesamiento del Lenguaje Natural*, 61, 159-162. <http://journal.sepln.org/sepln/ojs/ojs/index.php/pln/article/view/5660>
- Araneda, J., Pinheiro, A, y Pizarro, T. (2021). Inseguridad alimentaria y hábitos alimentarios durante la pandemia de COVID-19 en hogares chilenos. *Revista médica de Chile*, 149(7), 980-988. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000700980>
- Araya, A. (2019). La nueva orientación del régimen de salud en Costa Rica: un acercamiento al contexto de crisis institucional del Seguro Social tras el 75 aniversario de la promulgación de las Garantías Sociales. *Perspectivas*, (19), 1-15. <https://doi.org/10.15359/rp.19.3>
- Ares, G., Machín, L., Girona, A., Curutchet, M. R. y Giménez, A. (2017). Comparación de los motivos responsables de la selección de alimentos y barreras para una alimentación saludable entre consumidores de ingreso bajo y medio en Uruguay. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00213315>
- Arias, Y., Sánchez, B. y Vega, V. (2019). Evaluación nutricional del personal de una universidad Ecuatoriana. *VI Congreso Científico Internacional "Impacto de las investigaciones universitarias" UNIANDES 2019*. DOI: 10.13140/RG.2.2.15362.22726
- Barahona, N. (2017). *Estilos de vida, hábitos de alimentación y su relación con el estado nutricional de los docentes de la Facultad de Ciencias de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo* (tesis de maestría). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26372/1/35%20GIS.pdf>

- Bakker, A., Demerouti, E, y Dollard, M.F. (2008). How job demands affect partners' experience of exhaustion: Integrating work–family conflict and crossover theory, *Journal of Applied Psychology*, 3 (4), 901-911. https://www.researchgate.net/publication/51417021_How_Job_Demands_Affect_Partners'_Experience_of_Exhaustion_Integrating_Work-Family_Conflict_and_Crossover_Theory
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., y Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Educ Counsel.*,48(2), 177-187. DOI: 10.1016/s0738-3991(02)00032-0
- Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravendale, D. y Salivara, S. (2003). The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hosp Q.*,7(1),73-82. DOI: 10.12927/hcq.2003.16763
- Belanger, M., Hill, M., Angelidi, M., Dalamaga, M., Sowers, J y Mantzoros, C. (2020). Covid-19 and Disparities in Nutrition and Obesity. *The New England Journal of Medicine*. DOI: 10.1056/NEJMp2021264
- Boticario, C. (2017). Nutrición y alimentación: mitos y realidades. *Aldaba*, (36), 79–88. <https://doi.org/10.5944/aldaba.36.2012.20535>.
- Cáceres, K. (2020). Educación virtual: creando espacios afectivos de convivencia y aprendizaje en tiempos de COVID-19. *CienciAmérica*, 9(2). <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.284>
- Carlson, S., Kacmar, M., y Williams, L. (2000). Construction and initial validation of a multidimensional measure of work–family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 56(2), 249-276. DOI:10.1006/jvbe.1999.1713
- Caro, J. C. (2015). Determinantes sociales y conductuales en salud nutricional: evidencia para Chile. *Revista chilena de nutrición*, 42, 23-29. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000100002>
- Castronuovo, L., Tiscornia, M. V., Gutkowski, P. y Allemandi, L. (2019). Obstáculos y Facilitadores Percibidos para el Consumo de Frutas y Verduras: Estudio Cualitativo. *Revista Argentina Salud Pública*, 10(41), 14-21. https://www.ficargentina.org/wp-content/uploads/2020/01/2001_paper_fyv.pdf
- Cerón, C. (2012). Editorial. *Revista Universidad y salud*, 14(2), 115. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000200001

- Chavarría, G. (2021). *Modelo de Salud Vida Creativa*. Oficina de Bienestar y Salud. <https://www.obs.ucr.ac.cr/modelo-de-salud-vida-creativa/>
- Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias. (2011). *Guías Alimentarias para Costa Rica* (2da edición). San José: Caja Costarricense del Seguro Social. https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/guia_alimentarias_2011_completo.pdf.
- Consejo Universitario. (2020). *Políticas Institucionales de la Universidad de Costa Rica para los años 2021-2025*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. https://www.cu.ucr.ac.cr/uploads/tx_ucruniversitycouncildatabases/normative/politicas_institucionales_2021-2025.pdf
- Consejo Universitario. (2015). *Políticas*. San José: Consejo Universitario. <http://www.cu.ucr.ac.cr/politicas.html>
- Coral, R. y Vargas, L. (2014). Estrategias que promueven estilos de vida saludables. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 17 (1), 35-43. <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v17n1/v17n1a05.pdf>
- Coronel, J. y Marzo, N. (2018). Determinantes sociales y de salud protectores en el ámbito universitario. *MEDISAN*, 22(8), 825-837. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000800825&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- Corrales, A. (2017). *Recomendaciones para una propuesta metodológica para promover la adherencia a las prácticas necesarias en el desarrollo de los hábitos saludables en personas con obesidad, para el proyecto O, de la Oficina de Bienestar y Salud* (tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, Costa Rica. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/xmlui/handle/123456789/6044>
- DeBeausset, I. (2018). Educación nutricional grupal interactiva: logrando cambios duraderos en el estilo de vida. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2). <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.30515>
- De la Vega, R. I., y Hernández, L. C. (2018). Efectos de la terapia cognitivo-conductual en factores asociados a la obesidad: un estudio de caso. *Psicología y Salud*, 28(1), 85-94. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2541>
- De La Guardia, M. A. y Ruvalcaba, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 81-90. <https://doi.org/10.19230/10.19230/jonnpr.3215>

- De Moraes, M., y Blanco, L. (2015). La noción del “comer bien” para jóvenes brasileñas y españolas: dietética, cultura, placer y disciplina. *Etnicex: revista de estudios etnográficos*, (7), 19-36. file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/Dialnet-LaNocionDelComerBienParaJovenesBrasilenasYEspanola-5672480%20(1).pdf
- De Vincezi, A. y Tedesco, F. (2009). La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista Iberoamericana de Educación*, 49(7), 1-12. <https://doi.org/10.35362/rie4972047>
- Di Renzo, L. *et al.* (2020). Psychological Aspects and Eating Habits during COVID-19 Home Confinement: Results of EHLC-COVID-19 Italian Online Survey. *Nutrients*, 12(7), 2152. <https://doi.org/10.3390/nu12072152>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación Educ. Médica*, México, 2 (7), 162-167. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&nrm=iso. Acceso 04 abr. 2018
- Distéfano, M., Cataldo, G., Mongelo, M., Mesurado, B y Lamas, M. (2018). Conocimiento y uso de tecnologías digitales en psicoterapia entre los psicólogos de Buenos Aires. *Perspectivas en psicología*, 15 (1), 79-89. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6535809>.
- Dockery, A., y Bawa, S. (2018). Un pacto entre dos mundos: El trabajo desde el domicilio y el funcionamiento familiar en Australia. *Revista Internacional del Trabajo*, 665-688.
- Dones, L. (2016). Physical Activity and Dietary Habits of College Students. *The Journal of Nurse Practitioners*, 11(2), 192-198. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2014.11.015>
- Ferrelli, R. M. (2015). Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa EUROsocial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 272-277. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18375/v38n4a2p272-277.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Flinders Human Behaviour and Health Research Unit. (2006). *Capabilities for supporting prevention and chronic condition self-management: a resource for educators of primary health care professionals*. Flinders University. Adelaide, Australia. <http://som.flinders.edu.au/FUSA/CCTU/>.
- Gabarrón, E y Fernández, L. (2012). Salud y vídeos online para la promoción de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 26(3), 197-200. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000300001&lng=es&tlng=es.

- Gamboa, E., Escalante, E. y Amaya, A. (2018). Aplicabilidad de las teorías de comunicación en salud en el campo de la educación nutricional. *Revista chilena de nutrición*, 45(1), 60-64. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182018000100060>
- Garzosi, R., Garzosi, Y., Solórzano, V. y Sáenz, O. (2020). Ventajas y desventajas de la relación enseñanza-aprendizaje en la educación virtual. *Tecnología Educativa Revista CONAIC*, 7(3). <https://doi.org/10.32671/terc.v7i3.69>
- García, M.M y Mateo, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25(3), 181-186. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78485-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78485-X)
- Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C. y Palacio, S. (2010). La Promoción De La Salud Como Estrategia Para El Fomento De Estilos De Vida Saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3091/309126693010>
- Gomero, R. y Francia, J. (2018). La promoción de la salud en el lugar de trabajo, una alternativa para los peruanos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 139-144. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v35n1/a21v35n1.pdf>
- Gómez, G., Ramírez, A., Sheik, A., Chinnock, A., Nogueira, A., Hermes, C., Quesada, D. y grupo ELANS. (2019). Prevalencia de ingesta inadecuada de micronutrientes en la población urbana de Costa Rica. *Revista de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición*, 69(4), 221-232. DOI: 10.37527.2019.69.4.003.
- Gómez, G., Quesada, D. y Chinnock, A. (2020). Consumo de frutas y vegetales en la población urbana costarricense: Resultados del Estudio Latino Americano de Nutrición y Salud (ELANS)-Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(1), 1-20. <https://doi.org/10.15517/psm.v18i1.42383>.
- Gómez, G., Quesada, D., Chinnock, A. y Nogueira, A. (2020). Diversidad de la dieta en la población urbana costarricense: Resultados del estudio Latino Americano de Nutrición y Salud. *Revista Científica del Colegio de Profesionales en Nutrición de Costa Rica*, 1, 26-38. https://cpncampus.com/virtual/courses/BIB/document/Revista-Digital/Revista-Cientifica-CPNCR-numero-1-2020.pdf?cidReq=BIB&id_session=0&gidReq=0&gradebook=0&origin=
- Gómez, G., Quesada, D., Chinnock, A., Nogueira, A. y Grupo ELANS. (2019). Consumo de azúcar añadido en la población urbana costarricense: estudio latinoamericano de nutrición y salud ELANS-Costa Rica. *Acta médica costarricenses*, 61(3), 111-118. <https://ilsimesoamerica.org/wp-content/uploads/sites/14/2019/08/2019-ELANS-Consumo-de-azu%CC%81car-poblacio%CC%81n-costarricense.pdf>.

- Gómez, J. M. y Martínez, M. (2018). Sobrepeso y obesidad: eficacia de las intervenciones en adultos. *Enfermería Clínica*, 28(1), 65–74. DOI:10.1016/j.enfcli.2017.06.005
- González, M. (2016). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación saludable y actividad física en el paciente obeso* (Tesis de Licenciatura). Universidad Fasta. http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1304/2016_N_038.pdf?sequence=1
- Grau, J. A. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad*, 7(2), 138-166. <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576002.pdf>
- Grueso, M. P y Toca, C. E. (2012). Prácticas organizacionales saludables: una propuesta para su estudio. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 37, 132-155. <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/391/758>
- Gutiérrez, J. E., y Solano, J. (2020). Teletrabajo: Motivación y desempeño laboral en Costa Rica en el contexto de la Pandemia del COVID-19. *Cuadernos de Administración*, 15-28. https://www.uned.ac.cr/sites/default/files/inline-files/02_2215-5880_V11_15-28.pdf
- Henao, C., García, D., Aguirre, E., González, A., Bracho., R., Solorzano., J., Arboleda, A. (2017). Multidisciplinariedad, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad en la formación para la investigación en ingeniería. *Revista Lasallista de Investigación*, 14(1),179-197. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69551301017>
- Institute Nutricional Coaching. (2018). Material curso: Mindful eating and Mindfulness. <https://institute.nutritionalcoaching.com/course-item/mindful-eating-y-mindfulness-barcelona-marzo-2022/>
- Jadad, A., Cabrera, A., Martos, F. Smith, R. y Lyons, R. (2010). Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: aproximación colaborativa hacia un reto global emergente. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases/>
- Juarez, R. y Orlando, A. (s.f.). *Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados* (Tesis de grado). http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf
- Katz, M., Cappelletti, A., Ackerman, M., Papalia, L., Giannini, M., Viñuales, M., Pentreath, C., Kawior, I., Sáenz, S. y Cafaro, L. (2017). Prevención De La Ganancia De Peso En Adultos Prevention of Weight Gain in Adults. *Actualización En Nutrición*, 18(18), 64–68. http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_18/num_2/RSAN_18_2_64.pdf

- Linardon, J., Tylka, T. L y Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Intuitive eating and its psychological correlates: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7): 1073–1098. DOI:10.1002/eat.23509
- Lip, C., y Rocabado, F. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Lima: Ministerio de Salud, Universidad Norbert Wiener, Organización Panamericana de la Salud. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/143_detersoc.pdf
- Londoño, C., Rodríguez, I., y Gantiva, C. A. (2011). Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(2), 281-291. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982011000200007#:~:text=As%C3%AD%20de%20acuerdo%20con%20la,cigarrillos%20por%20d%C3%ADa%20en%20promedio.
- Mamani, K. (2018). *Estilos de vida saludable en el docente universitario de la escuela profesional de enfermería* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Perú. http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3308/1415_2018_mamani_quispe_kl_facis_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Marques, A., Almeida, B., Bordado, J., Cortés, P. y Gómez, F. (2018). Determinantes de la Salud: La importancia de promover estilos de vida activos. *Journal of Sport Pedagogy and Research*, 4(3), 65-73. https://www.researchgate.net/publication/336073979_Determinantes_de_la_Salud_La_importancia_de_promover_estilos_de_vida_activos
- Martínez T, Frongillo EA, Blake CE, Fram MS, Esquivel-Solís V.(2020). Reducing both food insecurity and excess body weight: A cluster-randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 58(5): 736-747.
- Matarín, T. (2015). Redes sociales en prevención y promoción de la salud. Una revisión de la actualidad. *Rev Esp Comun Salud*; 6(1): 62-69. <https://web-p-ebsohost-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=1a46c71c-7a1b-4385-9ad2-1d3765e7a9e7%40redis>
- Martínez, T. y DeBeausset, I. (2020). Características deseables de un programa educativo para mujeres con exceso de peso del cantón Central de Alajuela, Costa Rica, según las participantes y profesionales en salud. *Población y Salud en Mesoamérica*.
- Martínez, T. y Frongillo, E. (2016). Primary Role of Discouragement in Coexistence of Food Insecurity and Excess Weight in Costa Rican Women. *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, 11(2), 210-226. DOI: 10.1080/19320248.2016.1157546

- Martínez, T., Frongillo, E., Blake, C., Fram, MS., Esquivel-Solís, V. (2020). Reducing both food insecurity and excess body weight: A cluster-randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine* 58(5):736-747
- Mejía, L. (2012). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), 28-36. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a03.pdf>
- Mejía, C. R., Chacón, J. I., Enamorado, O. M., Garnica, L. R., Chacón, S. A. y García, Y. A. (2020). Factores asociados al estrés laboral en trabajadores de seis países de Latinoamérica. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 28(3), 204-211. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552019000300004&lng=es&tlng=pt.
- Menor, M. J., Aguilar, M. J., Mur, N. y Santana, C. (2017). Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. *Medisur*, 15(1),71-84. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n1/ms11115.pdf>
- Michue, D. S., y Ramírez, L.N. (2016). *Efectividad del programa “Cuidando lo que más amo” en la mejora del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la alimentación saludable en los padres de niños de 4 y 5 años de la I.E Jardín de Niños N°115, Chaclacayo, Lima, 2015* (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/113/Danixa_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministerio de Salud. (2011). *Guías Alimentarias para Costa Rica* (2da edición). San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social. https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/guia_alimentarias_2011_completo.pdf
- Ministerio de Salud [MS]. (2020). *Hipertensión arterial y diabetes factores de riesgo más frecuentes en fallecimientos de pacientes COVID-19*. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1768-hipertension-arterial-y-diabetes-factores-de-riesgo-mas-frecuentes-en-fallecimientos-de-pacientes-covid-19>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España*. Madrid: Paseo del Prado. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf.

- Mora, F. (2017). Bimodalidad, ¿necesidad u obligación para una educación a distancia democratizadora y accesible? El caso de la UNED de Costa Rica. *Revista Ensayos Pedagógicos*, 12(2). San José, Costa Rica. <http://dx.doi.org/10.15359/rep.12-2.7>
- Moya, J. (2019). Coaching nutricional y motivación para el cambio de conducta alimentaria. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(1): 76-83. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182019000100073>.
- Moyser, M. (2021). Gender differences in mental health during the COVID-19 pandemic. *Statistics Canada*, 1-9. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00047-eng.htm>
- Murillo, G., Pérez, L. (2017). Los mitos alimentarios y su efecto en la salud humana. *Medicina Interna de México*, 33(3), 392-402. <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v33n3/0186-4866-mim-33-03-00392.pdf>
- Negrete, B. E. y Reynaga, M. G. (2017). Barreras y Facilitadores para una Alimentación Saludable en Adolescentes Deportistas. *Jóvenes en Ciencia*, 2(1), 76-80. <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1002>
- Nieves, M. *¿Qué es salud en todas las tallas?* (s.f.). <https://nutricionalgrano.com/que-es-la-salud-en-todas-las-tallas/>.<https://nutricionalgrano.com/que-es-la-salud-en-todas-las-tallas/>
- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E. y Villagómez, A. (2014). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis (4a. Ed.)*. Bogotá: Ediciones de la U, 2014.
- Oficina de Bienestar y Salud [OBS]. (s.f.). *Bien-Estar en Línea*. <https://obs.ucr.ac.cr/prosalud/>
- Oficina de Bienestar y Salud [OBS]. (2019). *Historia*. San José: Oficina de Bienestar y Salud. <https://obs.ucr.ac.cr/historia/>
- Oficina de Bienestar y Salud [OBS]. (2019). *Nuestra misión*. <https://obs.ucr.ac.cr/mision/>
- Oficina de Bienestar y Salud [OBS]. (2019). *Plan de trabajo Salud Laboral, 2019*. San José: Oficina de Bienestar y Salud (no publicado).
- Oficina de Bienestar y Salud [OBS]. (2020). *Salud Laboral*. Universidad de Costa Rica: Oficina de Bienestar y Salud. <https://obs.ucr.ac.cr/prosalud/temas/salud-en-el-trabajo/#1566532565-2-63>

- Oficina de Bienestar y Salud [OBS]. (2020). *Planes de Salud 365*. Universidad de Costa Rica: Oficina de Bienestar y Salud. <https://obs.ucr.ac.cr/prosalud/temas/planes-de-salud-365-el-mapa-creativo-de-la-salud/>
- Oficina de Bienestar y Salud [OBS]. (2020). *Promoción de Salud, Programa Enlaces OBS*. San José: Oficina de Bienestar y Salud. <https://obs.ucr.ac.cr/prosalud/#proyectos>
- Olavarría, S. y Zacarías, I. (2011). Obstaculizadores y facilitadores para aumentar el consumo de frutas y verduras en seis países de Latinoamérica. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 61(2), 154-162. https://www.researchgate.net/profile/Isabel_Zacarias/publication/262459139_Obstaculizadores_y_facilitadores_para_aumentar_el_consumo_de_frutas_y_verduras_en_seis_paises_de_Latinoamerica/links/54c78ec50cf238bb7d0ac0ff.pdf
- Oli, N., Vaidya, A., Pahkala, K., Eiben, G. y Krettek, A. (2018). Knowledge, attitude and practice on diet and physical activity among mothers with young children in the Jhaukhel-Duwakot Health Demographic Surveillance Site, Nepal. *PLoS ONE*, 13(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200329>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44466>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *¿Qué es la Promoción de la Salud?*. <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Determinantes Sociales de la Salud*. https://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Actividad física*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Pérez, C., Gianzo, M., Hervás, G., Ruiz, F., Casis, L., Aranceta, J y el Grupo Colaborativo de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). (2020). Cambios en los hábitos alimentarios durante el periodo de confinamiento por la pandemia COVID-19 en España. *Rev Esp Nutr Comunitaria*; 26(2). DOI: 10.14642/RENC.2020.26.2.5213
- Piana, N., Battistini, D., Urbani, L., Romani, G., Fatone, C., Pazzagli, C., Laghezza, L., Mazzeschi, C y De Feo, P. (2013). *Multidisciplinary lifestyle intervention in the obese: Its impact on patients' perception of the disease, food and physical exercise*. *Nutrition*,

Metabolism and Cardiovascular Diseases, 23(4), 337–343.
DOI:10.1016/j.numecd.2011.12.008

- Picado, L.I. y Fonseca, R. (2019). Marco conceptual y enfoques en la promoción de la salud en Costa Rica. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 30(2).
<https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/derechoshumanos/article/view/13428/18866>.
- Programa de Educación y Atención Nutricional Universitario [PREANU]. (2020). *Consulta Nutricional Grupal*. <http://nutricionparavivirmejor.ucr.ac.cr/index.php/servicios/3-consulta-nutricional-grupal>
- Pullen, C., Walker, S. N. y Fiantt, K. (2001). Determinants of Health-Promoting Lifestyle Behaviors in Rural Older Women. *Family & Community Health*, 24(2), 49–72.
DOI:10.1097/00003727-200107000-00008
- Pupo, N. L., Hernández, L. C. y Presno, C. (2017). La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(2), 218-229. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n2/mgi07217.pdf>
- Quiroz, C. A., Serrato, D. M., y Bergonzoli, G. (2018). Factores asociados con la adherencia a la actividad física en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista de Salud Pública*, 20, 460-464. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.62959>
- Ramasco, M., Giménez, C., y Marchioni, M. (2020). Una década trabajando por la mejora de la convivencia: El Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural. *Revista Madrileña de Salud Pública*, 3(9), 1-7.
https://www.researchgate.net/publication/339748277_Una_decada_trabajando_por_la_mejora_de_la_convivencia_El_Proyecto_de_Intervencion_Comunitaria_Intercultural
- Ramírez, M. R. (2017). Prevalencia del síndrome de Burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 241-251.
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853537025.pdf>.
- Rincón, A. Y., & Mantilla, B. P. (2020). Universidades Promotoras de la Salud: Reflexión para su implementación desde los determinantes sociales de la salud. *Universidad y Salud*, 22(1), 24-32. <https://doi.org/10.22267/rus.202201.171>
- Riveros, V y Mendoza, M. (2005). Bases teóricas para el uso de las TIC en Educación. *Encuentro Educativo*, 12(3), 315-336. http://tic-apure2008.webcindario.com/TIC_VE3.pdf.

- Rodrigues, M., Rodrigues de Olivera, F y de Sousa, A.F. Mindfulness, mindful eating and intuitive eating in the approach to obesity and eating disorders. (2020). *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*; 16(3):118-135. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.165262>
- Rojas, A. C. N., y Tobón, S. (2005). *Terapia cognitivo-conductual*. https://www.researchgate.net/profile/Cesar-Nunez-3/publication/293654257_Nunez_Tobon_2005_Terapia_cognitivo-ctual_y_MPSM/links/56ba636408ae0a6bc9556b28/Nunez-Tobon-2005-Terapia-cognitivo-ctual-y-MPSM.pdf
- Rojas, M. y Trejos, D. (2014). Lineamientos de acuerdo con la percepción del personal docente, para el mejoramiento de la calidad de vida en la Universidad de Costa Rica. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 14(3), 1-16. DOI: 10.15517/AIE.V14I3.16126
- Rubio, R. F. y Varela, M. T. (2016). Barreras percibidas en jóvenes universitarios para realizar actividad física. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(1), 61-69. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v42n1/spu07116.pdf>
- Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J. y Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública de México*, 53(2). <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s156-s167/es>
- Saldarriaga, C., Bedoya, L., Gómez, L., Hurtado, L., Mejía, J., y González, N. (2016). Conocimiento del riesgo de presentar un infarto de miocardio y las barreras para el acceso al estilo de vida saludable. *Revista Colombiana de cardiología*, 23(3), 163-167. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2015.07.005>.
- Sallis, J., Floyd, M., Rodríguez, D., Saelens, B. (2012). Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. *Circulation*, 125(5), 729-737. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.969022>
- Sampieri, R. Collado, C. y Lucio, B. (2010). *Metodología de la Investigación* (6a Edición). México: McGraw Hill, 425. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Sánchez, J., Arce, L y Rodríguez, A. (2020). Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta [Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Latin America: Role of primary care in preparedness and response]. *Atención primaria*, 52(6), 369-372. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.001>

- Sandberg, A y Diéguez, A. (2015). Una mirada al futuro de la tecnología y del ser humano. *Revista internacional de filosofía*, 20(2), 373-390. DOI: 10.24310/Contrastescontrastes.v20i2.2334.
- Santillan, W. (2020). El teletrabajo en el COVID-19. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 65-76. <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.289>
- Stassen, K. (2009). *Psicología del desarrollo: Adultez y vejez* (7a Edición). Editorial Médica Panamericana. <https://books.google.com.pe/books?id=K8XALshsHLAC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Suárez, N. P., y Suárez, C. L. C. (2019). *Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas*. Manual Moderno. https://books.google.es/books?id=YaZ8DwAAQBAJ&dq=intervenciones+cognitivo+conductuales&lr=&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- Tamayo, M., Besoain, A. y Rebolledo, J. (2018). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gaceta Sanitaria*, 32(1). <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004>
- Thomas, L., y Ganster, D. (1995). Impact of family-supportive work variables on work-family conflict and strain: A control perspective, *Journal of Applied Psychology*, 80(1), 6-15. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.80.1.6>
- Tylka, T., Annunziato, R., Burgard, D., Daniélsdóttir, S., Shuman, E., David, C. y Calogero, R. (2014). The Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for Prioritizing Well-Being over Weight Loss. *Journal of Obesity*, 2014, 1-18. doi:10.1155/2014/983495
- Universidad Estatal a Distancia [UNED]. (2013). *Desigualdades en el uso del tiempo entre hombres y mujeres*. <https://www.uned.ac.cr/acontecer/a-diario/sociedad/1740-estudio-revela-desigualdades-en-el-uso-del-tiempo-entre-hombres-y-mujeres>
- Universidad de Costa Rica [UCR]. (2020). *Políticas Institucionales 2021-2025*. http://documentos.cu.ucr.ac.cr/Políticas_Institucionales_2021-2025.pdf
- Urrego, P. (2016). *Entorno Laboral Saludable*. Colombia: Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/entorno-laboral-saludable-incentivo-ths-final.pdf>
- Vargas, S. (2021). *Modelo de Salud Vida Creativa*. Universidad de Costa Rica: Oficina de Bienestar y Salud. <https://obs.ucr.ac.cr/prosalud/temas/planes-de-salud-365-el-mapa-creativo-de-la-salud/>

- Vargas, S. (2021). *UCR Saludable: construyendo tejido social, redes de apoyo y espacios de escucha*. Universidad de Costa Rica. <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2021/06/23/ucr-saludable-construyendo-tejido-social-redes-de-apoyo-y-espacios-de-escucha.html>
- Vázquez, R., y Ruiz, L. (2020). Ayuno intermitente, ¿una estrategia efectiva para bajar de peso?. *Milenaria, Ciencia y Arte*, (16), 24-25. <http://milenaria.umich.mx/ojs/index.php/milenaria/article/view/127>.
- Vilchez, V. (2010). Una propuesta de abordaje de la promoción de la salud a partir de la experiencia de trabajo en la Universidad de Costa Rica. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 10, 1-23. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44717988011>
- Yeager, S. F., Heim, R., Seiler, J. L. y Lofton, H. F. (2016). Self-Monitoring - The Way to Successful Weight Management. *Obesity Action Coalition*. Florida, Estados Unidos. <https://www.obesityaction.org/community/article-library/self-monitoring-the-way-to-successful-weight-management>.

X. Anexos**ANEXO 1.**

Formulario “Análisis Situacional de Salud en Funcionario”

Marzo 2018, Análisis Situacional de Salud de Funcionarios**Datos Generales**

1. Sexo

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

o Hombre

o Mujer

2. Su edad en años cumplidos es:

Por favor, escriba su respuesta aquí:

3. Su estado conyugal es:

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

o soltero

o casado

o Unión libre

o separado

o divorciado

o viudo

4. De acuerdo a la nueva clasificación de los puestos realizada por la Oficina de Recursos Humanos, indique el puesto que desempeña actualmente:

(Si tiene dos o más nombramientos dentro de la Universidad, conteste el cuestionario pensando en el sitio donde usted labora la mayor parte del tiempo, o el en el lugar de trabajo con el que usted se sienta más identificado (a))

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Trabajador operario
- Técnico asistente
- Técnico Especializado
- Técnico
- Profesional
- jefe
- Director
- Director Ejecutivo
- Subcontralor
- Docente

5. Actualmente labora en:

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- CICA
- UGA
- Radioemisoras UCR
- Rectoría
- LANAMME
- Otro: _____

6. Su nombramiento es en:

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Plaza fija

- Plaza interina
- Una parte en plaza fija y otra parte interina

7. En total, ¿usted labora para la Universidad?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Menos de un cuarto de tiempo
- Un cuarto de tiempo
- Medio tiempo
- Tres cuartos de tiempo
- Tiempo completo
- Más de tiempo completo

Servicios de Salud y Estado General de Salud

8. ¿Actualmente padece usted alguna de estas enfermedades?: (puede marcar más de una enfermedad)

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- Asma
- Alergias
- Colitis
- Gastritis
- Migrañas
- Lumbalgias o dolores de espalda
- Enfermedades del corazón
- Enfermedades reumatológicas
- Enfermedades nerviosas
- Problemas de la circulación
- Secuelas por algún accidente

No padezco ninguna enfermedad

Otro: _____

9. En el último año, cuantas ocasiones le tocó visitar algún centro médico sea porque se sintió mal o porque lleva algún control de su salud:

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

En una ocasión

En dos ocasiones

Entre tres y cinco ocasiones

Más de seis ocasiones

No visité ningún centro médico en el último año

10. Si necesito atención médica, siempre que no sea una situación de urgencia o accidente, con mayor frecuencia consulto a:

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

Un EBAIS, Clínica u Hospital de la Caja

El servicio médico que ofrece la Universidad de Costa Rica

Un centro médico privado

Una farmacia

Me automédico

Otro: _____

11. ¿Con que frecuencia se toma usted la presión arterial?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

Dos o más veces al año

Una vez al año

Casi nunca lo hago

12. ¿Con qué frecuencia mide usted sus niveles de azúcar en sangre?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Dos o más veces al año
- Una vez al año
- Casi nunca lo hago

13. En alguna ocasión, algún profesional en salud le ha dicho que usted padece:

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

Si No

Hipertensión (presión alta)

Diabetes (azúcar en la sangre)

Colesterol y/o triglicéridos

14. En términos generales, ¿ que nota le daría usted a su salud física?

siendo 1 una mala condición de salud y diez la mejor condición de salud

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

salud física 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nutrición

15. Aproximadamente cuanto pesa en kilogramos y cuanto mide en centímetros?

Por favor, escriba su(s) respuesta(s) aquí:

Peso en kilos: _____

Estatura en centímetros: _____

16. ¿Normalmente cuántos tiempos de comida realiza usted al día?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- 2 o menos
- de 3 a 4
- 5 o más

17. Se salta usted tiempos de comida?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Sí
- No

18. ¿Cuál es la principal causa por la cual usted se salta comidas?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- para controlar el peso
- falta de tiempo
- falta de recursos económicos
- no le da hambre
- Otro: _____

19. Respecto al consumo de vegetales y frutas, usualmente ¿cuántas porciones en total consume usted al día?

COMO VEGETALES NO CUENTAN LA PAPA LA YUCA Y EL CAMOTE

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- no consume
- 1 porción
- 2 porciones
- 3 porciones
- 4 porciones
- 5 o más porciones

20. ¿Cuántos productos lácteos consume al día?

Productos lácteos: yogurt, queso, leche, natilla.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

21. Con respecto al consumo semanal de frituras, repostería, comidas rápidas, alimentos empacados, y bebidas envasadas, usted consume:

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

Nunca 1 porción 2 porciones 3 porciones 4 porciones 5 porciones o más

Frituras o o o o o

Comidas rápidas o o o o o

Repostería o o o o o

Alimentos empacados o o o o o

Bebidas gaseosas o o o o o

22. ¿Cuántas cucharaditas de azúcar agrega usted a cada una de sus bebidas?

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Salud Mental

23. ¿Se siente culpable a menudo cuando dice "NO" a algo?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

Sí

No

24. ¿Durante el último año ha sentido mayor dificultad para comunicar lo que siente y

piensa?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Sí
- No

25. ¿Durante el último año ha sentido dificultad para relacionarse con los demás?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Sí
- No

26. En los últimos seis meses ha sentido que se enoja con mayor facilidad?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Sí
- No

27. En términos generales, se siente usted satisfecho (a) con...

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Si	No
Su apariencia física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sus relaciones familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carrera que estudia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Su forma de resolver conflictos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Durante los últimos seis meses ¿ha tenido problemas con el sueño (insomnio o pesadillas)?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Sí
- No

29. ¿Durante los último seis meses llora con frecuencia sin saber porqué?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Sí
- No

30. ¿Con frecuencia piensa que usted es una mala persona?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Sí
- No

31. ¿Tiende usted a darle mayor importancia a lo negativo y olvida lo positivo?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Sí
- No

32. En los últimos seis meses ¿ se ha sentido solo(a) con frecuencia?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Sí
- No

33. ¿Con regularidad piensa que su vida no tiene sentido?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Sí
- No

34. En terminos generales, ¿ que nota le daría usted a su salud mental?

Siendo 1 una muy mala salud mental y 10 una excelente salud mental

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:
salud mental o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6 o 7 o 8 o 9 o 10

Tabaco y Alcohol

35. ¿Actualmente usted?:

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

Si No

Fuma o o

Consume licor o o

36. ¿En el último mes, cuántos días y cuántos cigarros fumó aproximadamente?

Por favor, escriba su(s) respuesta(s) aquí:

Número de días: _____

Cigarros al día: _____

37. ¿Con que frecuencia ingiere usted alguna bebida alcohólica?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

Una vez al mes o menos

Dos veces al mes

Una vez por semana

Más de una vez por semana

38. ¿Cuántos tragos o cervezas toma usted por hora, en un día típico en que consume bebidas alcohólicas?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

Uno o dos por hora

Tres o cuatro por hora

Cuatro o más por hora

39. ¿En total, cuantos tragos y/o cervezas toma usted en un día típico en que consume bebidas alcohólicas?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

1 ó 2

3 ó 4

5 ó 6

7 u 8

Más de 8

Otro: _____

Actividad Física

40. ¿ Con qué frecuencia realiza usted actividad física?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

nunca

1 a 2 días por semana

3 días por semana

4 a 5 días por semana

5 o más días por semana

41. ¿Cual es la principal razón por la cual no realiza actividad física?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

falta de recursos económicos

dificultad de transporte

falta de espacio físico

falta de tiempo

falta de compañía para practicar deporte

o falta de interes por la actividad física

o Otro: _____

42. Cuando realiza actividad física, le gusta practicar: (puede marcar más de una)

Por favor, marque las opciones que correspondan:

o Fútbol

o Baloncesto

o Voleibol

o Caminar o correr

o Andar en bicicleta o spinning

o Nadar

o aeróbicos

o bailar

Otro: _____

43. De las siguientes opciones, ¿En cuáles ocupa usted normalmente el tiempo libre?

Puede marcar más de una opción

Por favor, marque las opciones que correspondan:

o Prefiere dormir, ver televisión o estar solo

o Participa de algún grupo cultural, religioso o deportivo

o Lo dedica a su familia o a su relación de pareja

o Realiza algún pasatiempo

o Asiste a algún bar

o Le gusta leer

o Prefiere pasear

Otro: _____

Entorno laboral

44. Las condiciones físicas de mi lugar de trabajo:

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Son óptimas y me permiten desarrollarme como trabajador
- Son condiciones buenas pero no son las ideales para mi labor
- Son regulares
- Son malas

45. Las relaciones interpersonales en mi lugar de trabajo son:

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Agradables
- Son buenas, pero podrían mejorar
- Son regulares
- Son malas

46. La relación laboral con mi jefatura inmediata:

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Es óptima y potencia mi desempeño como trabajador
- Es buena, pero no potencia mi desempeño como trabajador
- Es regular
- Es mala

47. ¿Experimenta situaciones de hostigamiento psicológico en su lugar de trabajo?

Se entiende como Hostigamiento psicológico: "toda conducta abusiva relacionadas con su trabajo contra una persona o grupo, que atenta, por su repetición prolongada o sistematización

contra la dignidad psíquica o física, poniendo en peligro su empleo o degradando su ambiente de trabajo".

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- No
- Sí, por parte de mis compañeros
- Sí, por parte de mi jefatura

48. ¿Ha tenido que consultar en el último año a algún servicio de salud y le han dicho que su padecimiento es por causa del estrés laboral?

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Sí
- No

Entorno Económico

49. Con respecto a mi situación económica actual:

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- No me alcanza mi salario
- Mi salario me alcanza pero no logro ahorrar
- Mi salario me alcanza e incluso logro ahorrar

50. Para mantener mi nivel de vida y mi nivel de consumo actual

Por favor seleccione *sólo una* de las siguientes opciones:

- Me basta con el salario de la Universidad
- Tengo un trabajo adicional al de la Universidad
- Tengo que endeudarme pero salgo bien con todo
- Tengo que endeudarme para mantener mi nivel de vida pero no logro estar al día con mis deudas

ANEXO 2.

Cuadro 23.*Operacionalización de variables.*

Objetivo específico	Identificación de la variable	Definición conceptual de la variable	Dimensiones de la variable	Definición de las dimensiones	Nivel de Medición	Operalización de la variable
Identificar las características sociodemográficas, la situación de salud, conocimientos y prácticas con respecto a alimentación saludable.	1. Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas-culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando en cuenta aquellas que puedan ser medibles (Juarez & Orlando, s.f.)	1.1 Sexo	Sexo de la persona	De razón	Formulario de diagnóstico de salud actualizado del personal de unidades de trabajo de la Universidad de Costa Rica participantes del programa Enlaces-OBS.
			1.2. Edad	Edad en años cumplidos de la persona	De razón	
			1.3.Estado civil	Estado conyugal de la persona	Nominal	
			1.4.Puesto laboral	Puesto que desempeña la persona según la clasificación de puestos definido por la Oficina de Recursos Humanos de la Universidad de Costa Rica	Nominal	

			1.5. Nombramiento	Tipo de plaza bajo la cual está contratada la persona	Nominal	
			1.6. Horario laboral	Tiempo que labora la persona en su lugar de trabajo	Nominal	
			1.7. Tiempo de traslado	Promedio del tiempo que dedica la persona para trasladarse a su lugar de trabajo	De razón	
			1.8. Situación económica actual	Capacidad del salario actual para cubrir las necesidades básicas de la persona y permitir un ahorro	Nominal	
			1.9. Detalle de la situación económica actual	Capacidad del salario actual de la persona para el mantenimiento del nivel de vida y nivel de consumo	Nominal	
			1.10. Condiciones del lugar del trabajo	Condiciones físicas en las que se encuentra el lugar de trabajo de la persona	Nominal	

			1.11 Relaciones interpersonales del trabajo	Descripción de las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo de la persona	Nominal	
			1.12 Relación laboral con jefatura inmediata	Descripción de la relación laboral con la jefatura inmediata de la persona	Nominal	
			1.13 Hostigamiento psicológico	Presencia de situaciones de hostigamiento psicológico en el lugar de trabajo de la persona	Nominal	
			1.14 Estrés laboral	Consulta a un servicio de salud por causa de estrés laboral		
Identificar las características sociodemográficas, la situación de salud, conocimientos y prácticas con respecto a alimentación saludable	2. Situación de salud	Descripción de las condiciones que promueven el bienestar físico, mental, emocional y social para el desarrollo de las capacidades	2.1 Enfermedades diagnosticadas	Padecimientos o condiciones que afectan la salud	Nominal	Formulario de diagnóstico de salud actualizado del personal de unidades de trabajo de la Universidad de Costa Rica participantes del programa Enlaces-OBS

		humanas.				
			2.2 Control médico	Ocasiones en las que acude a un centro médico	Nominal	
			2.3 Atención médica	Lugar de atención médica al que acude con mayor frecuencia	Nominal	
			2.4 Control de la presión arterial	Monitoreo de los niveles de presión	Nominal	

				sanguínea en un plazo determinado		
			2.5 Control glicémico	Monitoreo de los niveles de azúcar en la sangre	Nominal	
			2.6 Problemas para conciliar el sueño	Problemas que intervienen con la calidad del sueño	Nominal	
			2.7 Situaciones psicológicas	Situaciones que interfieren con la salud mental	Nominal	
			2.8 Relación peso y talla	Categorización del índice de masa corporal o relación entre el peso y la talla de la persona	Nominal	
Identificar las características sociodemográficas, la situación de salud, conocimientos y prácticas con respecto a alimentación saludable de la	3. Hábitos de estilo de vida	Es la forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores	3.1 Tabaco y/o alcohol	Consumo de tabaco y/o alcohol por parte de la persona	Nominal	Formulario de diagnóstico de salud actualizado del personal de unidades de trabajo de la Universidad de Costa Rica participantes del programa Enlaces-OBS.
			3.2 Consumo de tabaco	Cantidad de cigarros fumados al día por la persona	De razón	
			3.3 Consumo de alcohol	Frecuencia del consumo de alcohol por parte de la persona	Nominal	

población en estudio.		socioculturales y características personales (Cerón, 2012)	3.4 Consumo de alcohol por hora	Cantidad de tragos o cervezas que consume la persona por hora	Nominal	
			3.5 Consumo de alcohol en un día	Cantidad de tragos o cervezas que la persona consume en un día	Nominal	
			3.6 Actividad física	Frecuencia con la que la persona realiza actividad física	Nominal	
			3.7 Inactividad física	Razón por la cual la persona no realiza actividad física	Nominal	
			3.8 Actividad física de preferencia	Deporte o actividad física que la persona prefiere practicar	Nominal	
			3.9 Tiempo libre	Actividad en la que la persona ocupa su tiempo libre	Nominal	
Determinar la brecha entre los conocimientos y las prácticas con respecto a	4. Prácticas con respecto a alimentación saludable	Ejecución de los conocimientos que poseen las personas en relación con los alimentos que	4.1 Tiempos de comida	Cantidad de tiempos de comida realizados al día	Nominal	Formulario de diagnóstico de salud actualizado del personal de unidades de trabajo
			4.2 Omisión de tiempos de comida	Hecho de brincarse tiempos de comida	Nominal	

alimentación saludable de la población en estudio.		consume (Michue & Ramírez, 2016).		o no		de la Universidad de Costa Rica participantes del programa Enlaces-OBS.
		4.3 Causas de omisión de tiempos de comida	Identificación de razones por las cuales se omiten tiempos de comida	Nominal		
		4.4 Porciones consumidas de frutas y vegetales diarias	Cantidad de porciones de vegetales y frutas consumidas en un día	Nominal		
		4.5 Porciones de productos lácteos diarias	Cantidad de productos lácteos (ya sea yogurt, queso, leche o natilla) consumidos en un día	Razón		
		4.6 Cantidad de porciones semanales de frituras	Cantidad de porciones a la semana consumidas de frituras	Nominal		
		4.7 Cantidad de porciones semanales de comidas rápidas	Cantidad de porciones a la semana consumidas de comidas rápidas	Nominal		
		4.8 Cantidad de porciones semanales de repostería	Cantidad de porciones a la semana consumidas de repostería	Nominal		

			4.9 Cantidad de porciones semanales de alimentos empacados	Cantidad de porciones a la semana consumidas de alimentos empacados	Nominal	
			4.10 Cantidad de porciones semanales de bebidas gaseosas	Cantidad de porciones a la semana consumidas de bebidas gaseosas	Nominal	
			4.11 Consumo de azúcar	Cantidad de porciones a la semana consumidas de azúcar	Razón	

ANEXO 3.

Categorías de análisis cualitativo

Cuadro 24.*Categorías de análisis según los objetivos cualitativos específicos*

Categorías	Subcategorías	Definición
Concepto de salud	Bienestar integral	Cuando se entiende por salud la armonía y/o balance entre estar y sentirse bien física, mental, social, emocional y/o espiritualmente.
	Funcionalidad	Cuando se entiende por salud lo que permite realizar todas las actividades y funciones diarias
	Autopercepción física	Cuando se entiende por salud el sentirse satisfecho y conforme con su apariencia física
	Buenos resultados en exámenes bioquímicos	Cuando se entiende por salud el hecho de tener valores bioquímicos en el rango de normalidad
	Una condición: buena o mala	Cuando se entiende por salud como una condición

		específica del estado de la persona que puede ser buena o mala
	Dinámico	Cuando se entiende por salud como un concepto dinámico, es decir, que su definición puede ir cambiando con el tiempo
	Conjunto de prácticas y hábitos	Cuando se entiende por salud el resultado de un conjunto de prácticas y hábitos
	Inversión	Se refiere a que una buena salud representa una inversión monetaria, debido a que a diferencia de un gasto, una inversión genera beneficios a futuro.
Conocimientos acerca de alimentación saludable	Grupos de alimentos	Cuando se liga alimentación saludable con el consumo balanceado de diferentes grupos de alimentos (harinas, carnes, grasas, frutas, vegetales, lácteos, azúcar, grasas...) durante el día.

	Cantidad de alimentos	Cuando se liga alimentación saludable con el consumo de alimentos en cantidades adecuadas
	Consumo de agua	Cuando se liga alimentación saludable con el consumo diario de agua
	Tiempos de comida	Cuando se liga alimentación saludable con la realización de los diferentes tiempos de comida establecidos al día, sin saltarlos y/o sin realizar ayunos prolongados
	No eliminar/restringir alimentos	Cuando se liga alimentación saludable con no restringir completamente alimentos
	Calidad de alimentos	Cuando se liga alimentación saludable con la selección de alimentos de mejor calidad nutricional considerando el origen, la preparación y los ingredientes (sin preservantes, condimentos y saborizantes artificiales)

	Eliminar/restringir alimentos	Cuando se liga alimentación saludable con la eliminación o restricción de ciertos alimentos
	Individualizada	Cuando se liga alimentación saludable con que esta debe ser individualizada, es decir, según la necesidad, condición y/o gusto de cada persona
	“Somos lo que comemos”	Cuando se liga alimentación saludable con estar de acuerdo con la frase “somos lo que comemos”
	“Darse un gusto de vez en cuando”	Cuando se liga alimentación saludable con el permitirse poder “romper la dieta” de manera ocasional
	“Ya todos saben qué es”	Cuando se liga alimentación saludable con conocimientos que ya toda la población conoce, pero no logra llevar a la práctica.
	Alimentación consciente	Cuando se liga alimentación saludable con el concepto alimentación consciente, el

		<p>cual incluye la toma de decisiones libres de juicio, estar presente en el momento, disfrutar de la comida, comer sin culpa o remordimiento</p>
<p>Prácticas acerca de alimentación saludable</p>	<p>Consumo balanceado de alimentos</p>	<p>Cuando se realiza como práctica saludable de alimentación la elección de consumo de diferentes grupos de alimentos a lo largo del día y/o la semana; sin excesos</p>
	<p>Elección de los alimentos según necesidades y preferencias</p>	<p>Cuando se realiza como práctica acerca de alimentación saludable la elección de los alimentos según los gustos y preferencias de la persona y sus necesidades incluyendo intolerancias, alergias u otras condiciones especiales de salud</p>
	<p>Preferir comida hecha en casa</p>	<p>Cuando se realiza como práctica acerca de alimentación saludable evitar el consumo de</p>

		alimentos fuera del hogar con frecuencia y se prefieren los alimentos preparados en el hogar.
	Realizar tiempos de comida	Cuando se realiza como práctica acerca de alimentación saludable realizar durante el día los diferentes tiempos de comida establecidos sin saltarlos
	Eliminar o restringir alimentos	Cuando se realiza como práctica acerca de alimentación saludable la eliminación o restricción de ciertos alimentos
	No consumo de productos light	Cuando se realiza como práctica acerca de alimentación saludable el evitar el consumo de productos light para evitar consumirlos en exceso
	No seguir dietas restrictivas	Cuando se realiza como práctica saludable de alimentación no seguir dietas que eliminan grupos de alimentos ya sea por

		ayunos, por fomento de pérdida peso o por estilo de vida específico (FODMAP, vegetarianismo, veganismo o similares)
	Asesorarse y/o educarse	Cuando se realiza como práctica acerca de alimentación saludable educarse en cuanto al tema, ya sea investigando (ej: lectura de etiquetas) o con guía de un profesional en salud (médico, nutricionista, psicólogo)
	Incorporar alimentos/nutrientes con propiedades específicos	Cuando se realiza como práctica acerca de alimentación saludable el consumo de alimentos fuente de nutrientes específicos como probióticos, omega 3, entre otros por sus beneficios en el organismo o creencias
	Seguir dietas populares	Cuando se realiza como práctica acerca de alimentación saludable el incorporar dietas

		específicas en tendencia (ej. reto no sugar, dieta cetogénica)
	Planificar las comidas	Cuando se realiza como práctica acerca de alimentación saludable tomar control de las decisiones con respecto a esta por medio de la planificación de comidas, tomando en cuenta la calidad, cantidad de los alimentos y tiempo de preparación
	Consumir agua	Cuando se realiza como práctica acerca de alimentación saludable el consumo adecuado y diario de agua
	Practicar alimentación consciente	Cuando se realiza como práctica acerca de alimentación saludable una dieta abierta, libre, sin etiquetas, sin remordimientos fomentando el disfrute de los alimentos

	Hacer ejercicio para aumentar apetito	Cuando se realiza como práctica acerca de alimentación saludable el incorporar la actividad física con el fin de aumentar el apetito
Situaciones que impiden las prácticas saludables	Falta de disciplina	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con la falta de disciplina relacionada con falta de voluntad, pereza, poner excusas, no priorizar la alimentación, entre otros
	Pandemia por COVID-19	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con el inicio de la pandemia y los cambios que provocó en la rutina diaria de las personas
	Falta de tiempo	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con la falta de tiempo por las otras actividades diarias o falta de organización de tiempo
	Demanda laboral	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas

		saludables por el horario laboral, el exceso de trabajo, el tipo de trabajo, tiempo de traslado, etc
	Accesibilidad económica	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con alto costo económico para realizarlas como que comprar alimentos saludables o ir al gimnasio es muy caro o se sale de sus presupuestos
	Conductas alimentarias rígidas	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con conductas rígidas en torno a la alimentación ligadas a control, miedo, frustración, obsesión, restricciones, culpa al relacionar la comida con pecado, conductas compensatorias, según los tipos de alimentos, las cantidades consumidas, los tiempos de comida, etc

	<p>Ansiedad y estrés</p>	<p>Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con la ansiedad y estrés porque tienen impacto negativo a nivel fisiológico y puede provocar procesos o acciones no deseadas (ej: estar picando, comer mayores cantidades, comer durante la noche, alimentos altos en densidad calórica)</p>
	<p>Falta de reconocimiento de estados de ánimo</p>	<p>Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con la falta de autoconocimiento de estados de ánimo que puede provocar conductas o acciones no deseadas</p>
	<p>Deseo de ser productivo siempre</p>	<p>Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables por el descuido de las mismas debido a el deseo de estar haciendo algo siempre o ser productivo</p>

	Publicidad de la industria alimentaria	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con la publicidad de la industria alimentaria, que por lo general es llamativa, manipuladora y/o engañosa e influye en las decisiones del consumidor
	Facilidad/comodidad	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con preferir la practicidad, facilidad y comodidad a través de opciones menos saludables
	Patrones, creencias y costumbres	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con patrones, creencias, mitos y costumbres aprendidas a lo largo de la vida ya instauradas en la persona que influye en sus hábitos (ej: comer mucho para no desperdiciar comida)
	Entorno familiar y social	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con la influencia

		<p>que ejerce el entorno familiar y social (ej. comentarios negativos de la familia, alimentos que compra la familia, fiestas/celebraciones, planes entre amigos o en la oficina que involucran alimentos no saludables)</p>
	<p>Ausencia de red de apoyo</p>	<p>Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con la ausencia de una red de apoyo (familiar, de amistades, de trabajo, etc.), que contribuye a resolver necesidades o instaurar prácticas saludables (ej. cocinar solo para una persona)</p>
	<p>Gustos y preferencias</p>	<p>Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con los gustos y preferencias que tienen las personas limitando así la variedad de productos/alimentos consumidos.</p>

	Intolerancias alimentarias	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con no poder consumir ciertos alimentos debido a intolerancias alimentarias
	No practicar alimentación consciente	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con el hecho de no disfrutar o estar presente en el acto de alimentación y las señales del cuerpo (ej. comer con distracciones)
	Sedentarismo	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con el sedentarismo actual a causa de la automatización de actividades cotidianas, inseguridad de los lugares públicos y avances en tecnología y el transporte
	Desinformación	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con la falta de información (fuentes

		confiables, acceso a la información, mensajes pertinentes) con respecto a las prácticas saludables y cómo llevarlas a cabo
	Disponibilidad y utilización de recursos	<p>Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con la falta de disponibilidad y/ o utilización de recursos, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No poder llevar lo mismo de la casa a la oficina porque se pone malo o huele feo - Comer dependiendo de la disponibilidad de alimentos que haya en la casa - Tamaño de compra grande para personas que viven solas o con núcleo familiar pequeño - Dificultad de transporte y conservación de alimentos al lugar de trabajo
	Premiarse con comida	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas

		saludables con la utilización de los alimentos como recompensa a una situación emocional positiva o negativa.
	Manejo de porciones	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con el desconocimiento o falta de uso de porciones, regulación del tamaño de porciones y cómo usar las herramientas de medición.
	Monotonía alimentaria	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con la falta de variedad en la preparación y consumo de alimento, que produce aburrimiento o cansancio.
	Situaciones personales	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con situaciones personales y emocionales importantes para la persona (ej. pérdida de un ser querido o simplemente

		sentirse desanimado/a) las cuales condicionan las conductas y hábitos
	Oferta de comida rápida y/o productos procesados	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con la amplia oferta de comidas rápidas y/o productos procesados de menor calidad nutricional, con precios y cantidades llamativas y cerca de su casa/trabajo
	Higiene del sueño inadecuada	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con la falta de descanso o dormir mal
	Falta de apoyo institucional	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con la falta de espacios públicos equipados y el acceso a estos para realizar actividad física en la universidad
	Cambios en la rutina	Cuando se liga situaciones que impiden prácticas saludables con cambios en la rutina que rompen y/o

		influyen negativamente en prácticas saludables ya establecidas
Situaciones que facilitan las prácticas saludables	Disciplina	Cuando se liga situaciones que facilitan prácticas saludables con la disciplina que se debe tener para mantener hábitos saludables (llámese: de ejercicio o alimentación) de manera constante
	Amor propio	Cuando se liga situaciones que facilitan prácticas saludables con el amor propio y el tomar decisiones por y para el bienestar de uno mismo, incluyendo dejar de hacer aquellas que nos hacen daño
	Organización	Cuando se liga situaciones que facilitan prácticas saludables con la organización del tiempo, actividades, recursos, entre otros. (ej: planificación de comidas con anticipación,

		planificación del presupuesto)
	Red de apoyo	Cuando se liga situaciones que facilitan prácticas saludables con contar con una red de apoyo (familiar, de amistades, de trabajo, etc.) que ayuden a seguirlos e incorporarlos
	Bajo costo	Cuando se liga situaciones que facilitan prácticas saludables con comprar alimentos saludables a precios cómodos (ej: en ferias del agricultor, comida casera)
	Disponibilidad de alimentos y/o equipo en el hogar	Cuando se liga situaciones que facilitan prácticas saludables con: <ul style="list-style-type: none"> - Tener los alimentos en el hogar para consumirlos en los diferentes momentos del día, sin desperdiciarlos - Contar con el equipo de cocina necesario para

		<p>consumirlos o que facilite su preparación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando se relaciona con no contar con productos “no saludables” disponibles en el hogar para limitar su consumo
	Pandemia por la COVID-19	Cuando se liga situaciones que facilitan prácticas saludables con el inicio de la pandemia y los cambios positivos que provocó en la rutina diaria de las personas
	Selección de alimentos	Cuando se liga situaciones que facilitan prácticas saludables con elegir conscientemente alimentos saludables al realizar la compra de los alimentos
	Fácil acceso a los alimentos	Cuando se liga situaciones que facilitan prácticas saludables con contar con establecimientos de venta cercanos o a domicilio de productos saludables

	Educación	<p>Cuando se liga situaciones que facilitan prácticas saludables con tener conocimientos acerca de prácticas saludables, adquiridos por medio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación nutricional - Educación con enfoque preventivo - Medios comunicativos - Guía de profesionales en salud
	Motivación para mantenerse sano/a	<p>Cuando se liga situaciones que facilitan prácticas saludables con un estado emocional interno de la persona que la dirige a lograr o mantener sus metas de salud (ej. empezar con la incorporación de ejercicio y abrir paso a cambios en alimentación, tener una actitud preventiva para cuidar su salud)</p>
	Priorizar comida casera	<p>Cuando se liga situaciones que facilitan prácticas saludables con preferir alimentos hechos en casa en</p>

		vez de comer fuera de casa o comer alimentos procesados
	Creatividad y habilidad culinaria	Cuando se liga situaciones que facilitan prácticas saludables con la diversidad de preparaciones logradas a través de contar con habilidades o incorporar creatividad en la cocina
	Disfrutar la actividad física	Cuando se liga situaciones que facilitan prácticas saludables con las sensaciones positivas generadas a partir de la actividad física realizada
	Acceso a espacios públicos	Cuando se liga situaciones que facilitan prácticas saludables con contar con espacios públicos seguros donde se pueda realizar actividad física
Metodología para la propuesta de intervención	Objetivos con cumplimiento a corto plazo	Cuando se liga una mejor metodología de intervención con abarcar objetivos con cumplimiento a corto plazo para los

		participantes
	Dar seguimiento	Cuando se liga una mejor metodología de intervención con brindar la información a manera de recordatorio y constantemente, a la misma vez que se repasan temas de las sesiones anteriores y se les brinda seguimiento a los participantes
	Puntuales	Cuando se liga una mejor metodología de intervención con que sean puntuales, es decir, que “vayan al grano”, no toquen muchos temas a la misma vez y que no tengan una duración de más de una hora
Talleres prácticos	Cuando se liga una mejor metodología de intervención con la realización de talleres prácticos y dinámicos, es decir, donde se aprenda haciendo y a la vez sean	

		interactivos tomando en cuenta siempre la opinión de los participantes
	Voluntarios	Cuando se liga una mejor metodología de intervención con el hecho de que sean voluntarios, es decir, tanto de invitación abierta como que no sean obligatorios
	Bimodalidad	Cuando se liga una mejor metodología de intervención con utilizar una modalidad mixta: <ul style="list-style-type: none"> - Brindar información de manera virtual y que los talleres prácticos sean presenciales - Considerar bimodalidad aun cuando no haya pandemia - Realizar algunas de las sesiones de manera virtual y algunas de manera presencial
	Modalidad Virtual	Cuando se liga una mejor metodología de

		intervención con utilizar una modalidad virtual para sesiones y/o actividades
	Modalidad Presencial	Cuando se liga una mejor metodología de intervención con utilizar una modalidad presencial para sesiones y/o actividades
	Horario de la sesión	Cuando se liga una mejor metodología de intervención con horarios a convenir según jornada laboral: <ul style="list-style-type: none"> - Horarios preferiblemente por las tardes, posterior a la jornada laboral - Horarios según la temática de la charla
	Utilizar material ilustrativo	Cuando se liga una mejor metodología de intervención con el uso y apoyo de material ilustrativo con mensajes claros durante las sesiones

	Medios de comunicación	<p>Cuando se liga una mejor metodología de intervención con utilizar como medio de comunicación el correo oficial institucional y las redes sociales para mayor difusión y para la complementación de información vista en sesiones o actividades</p>
	Captar la atención	<p>Cuando se liga una mejor metodología de intervención con incentivar la participación a través de charlas o talleres de interés a través de un título u otro material que llame la atención</p>
	Incorporar temas de interés	<p>Cuando se liga una mejor metodología de intervención con tratar temas de interés emergentes de los participantes (ej: Comidas saludables, Estadísticas de la situación de salud actual de los funcionarios)</p>

	<p>Mayor apoyo institucional</p>	<p>Cuando se liga una mejor metodología de intervención con un mayor apoyo y compromiso por parte de la institución universitaria (jefaturas, decanaturas, rectoría,...) para una adecuada implementación de las actividades, así como para que se promueva de forma integral el bienestar físico y mental de los funcionarios, por ejemplo, el uso de instalaciones deportivas.</p>
	<p>Potenciar trabajo en equipo</p>	<p>Cuando se liga una mejor metodología de intervención con potenciar por medio de actividades el trabajo en equipo de los participantes para lograr mejores resultados</p>
	<p>Cantidad de participantes</p>	<p>Cuando se liga una mejor metodología de intervención con una cantidad adecuada de participantes por grupo para la sesión planificada.</p>

		(con una cantidad suficiente de participantes para lograr una participación equitativa u homogénea y una retroalimentación conjunta)
	Abordaje multidisciplinario	Cuando se liga una mejor metodología de intervención con incorporar profesionales fuera del área de Nutrición para enriquecer las actividades (ej: psicología)
	Abordaje de la disciplina	Cuando se liga una mejor metodología de intervención con abordar la disciplina desde una definición no punitiva e incorporando habilidades para que las personas logren una autogestión de la salud
	Abordaje de la alimentación consciente	Cuando se liga una mejor metodología de intervención con el abordaje del tema de la alimentación consciente.
	Autogestión de la salud	Cuando se liga una mejor metodología de

		<p>intervención con la apropiación del estado de salud de cada persona, sin dependencia de terceros.</p> <p>Esto puede ser a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos que la persona se proponga de manera creativa - Autoconocimiento y conexión con la alimentación - Desarrollo de habilidades para la vida - Pensamiento crítico
	<p>Enfoque integral de la alimentación</p>	<p>Cuando se liga una mejor metodología de intervención con que las sesiones tengan un enfoque integral de la alimentación, es decir, que el objetivo sea la salud y el bienestar, no la pérdida de peso o aspectos estéticos y que sea a través de la conexión con las experiencias y emociones.</p>
	<p>Enfoque colectivo</p>	<p>Cuando se liga una mejor metodología de</p>

		intervención con contar con un enfoque colectivo y no individualizado, con el fin de obtener grandes aprendizajes y apoyo desde la diversidad.
	Abordaje desde la autocompasión	Cuando se liga una mejor metodología de intervención con abordar las temáticas desde la autocompasión; es decir, viendo la salud como un regalo hacia nosotros mismos y no como una obligación y/o castigo.
	Incluir al núcleo familiar	Cuando se liga una mejor metodología de intervención con incluir al núcleo familiar en el desarrollo de las sesiones.
	Conocer población meta	Cuando se liga una metodología de intervención con conocer profundamente a la población meta, pues así se les podrán brindar las herramientas más

		<p>pertinentes e identificar y abordar “las causas de las causas” en relación con las barreras que limitan la práctica de una alimentación saludable.</p>
	<p>Limitaciones de la virtualidad</p>	<p>Cuando se liga una mejor metodología de intervención con tomar en cuenta las limitaciones de la virtualidad, por ejemplo, la mala conexión a internet, limitación en el proceso de interacción entre participantes y moderadores por el uso de cámaras apagadas y poca participación, el exceso de tiempo en pantalla y la recarga que genera, etc.</p>
<p>Prácticas saludables</p>	<p>Autocuidado</p>	<p>Cuando se liga prácticas saludables con el autoconocimiento y la toma de decisiones conscientes con respecto al bienestar individual tanto físico como emocional o mental (ej: estar consciente de las</p>

		necesidades del cuerpo, buscar mecanismos para sentirse bien)
	Ocio	Cuando se liga prácticas saludables con realizar actividades recreativas que inviten a la persona a salir de la rutina, que se disfruten y que a la vez contribuyan al bienestar mental y emocional (ej: ver la lluvia, escuchar música, hacer manualidades, bailar)
	Desarrollo espiritual	Cuando se liga prácticas saludables con incorporar actividades a favor del desarrollo espiritual
	Higiene del sueño	Cuando se liga prácticas saludables con la higiene del sueño, es decir, tomar decisiones para lograr un sueño más descansado y efectivo
	Pausas activas	Cuando se liga prácticas saludables con la realización de breves descansos durante la

		<p>jornada laboral que sirven para recuperar energía, mejorar el desempeño y eficiencia en el trabajo, a través de diferentes técnicas, ejercicios o realizando tiempos de comida.</p>
	<p>Convivencia social saludable</p>	<p>Cuando se liga prácticas saludables con cultivar relaciones interpersonales que colaboren con el crecimiento personal</p>
	<p>Optimismo</p>	<p>Cuando se liga prácticas saludables con tener una mentalidad positiva y disfrutar la vida a pesar de las adversidades</p>
	<p>Adecuada distribución del tiempo</p>	<p>Cuando se liga prácticas saludables con contar con una adecuada distribución del tiempo, incluyendo límites en entre el horario laboral y recreativo</p>
	<p>Actividad física</p>	<p>Cuando se liga prácticas saludables con la realización de actividad</p>

		física o ejercicio (ej: correr, hacer ejercicio en casa, ir al gimnasio)
Situaciones que surgen por la pandemia	Tener más tiempo	Cuando se entiende como situación que surge por la pandemia el contar con más tiempo durante el día para realizar otras actividades (ej: cocinar, ejercicio, comer con calma)
	Cambios en el peso	Cuando se entiende como situación que surge por la pandemia la pérdida o ganancia de peso corporal debido a los cambios de hábitos o rutina
	Ausencia de estrés	Cuando se entiende como situación que surge por la pandemia el tener menos tensión física y/o mental dado al cambio de vida “más lento”
	Trabajo remoto	Cuando se entiende como situación que surge por la pandemia el trabajar bajo una modalidad virtual desde el hogar (trabajo remoto) y

		su relación con la mejora en la alimentación
	Pérdida de la rutina establecida	Cuando se entiende como situación que surge por la pandemia los cambios en la rutina diaria especialmente al inicio de la pandemia que provocó situaciones como recargo de labores del hogar o de hijos para las mujeres, mal control o manejo del tiempo, etc.
	Retomar hábitos saludables	Cuando se entiende como situación que surge por la pandemia el retomar hábitos saludables que se sabe que son importantes, pero se habían dejado de implementar en el día a día (ej: comer saludable, mejor higiene del sueño, ejercicio, tomar agua)
	Horario laboral alterado	Cuando se entiende como situación que surge por la pandemia la alteración en las actividades y deberes a lo largo del día que afectan

		el horario previamente establecido (ej: reuniones virtuales en la hora de almuerzo o dificultad para poner límites entre el trabajo y ocio)
	Limitación de actividades grupales	Cuando se entiende como situación que surge por la pandemia la interrupción de actividades grupales ya sea sociales o de actividad física por las medidas de seguridad del Gobierno ante el COVID-19
	Comer más comida casera	Cuando se entiende como situación que surge por la pandemia el comer más en el hogar y menos afuera, así como comer alimentos recién preparados/frescos
	Afectaciones en la salud mental	Cuando se entiende como situación que surge por la pandemia los sentimientos de estrés, miedo, ansiedad y frustración ante la incertidumbre de lo que va a pasar

	Capacidad de adaptación	Cuando se entiende como situación que surge por la pandemia el deseo de mantener los hábitos saludables una vez terminada la pandemia debido a los efectos positivos causados
	Aumento de sedentarismo	Cuando se entiende como situación que surge por la pandemia el sedentarismo al estar sentados todo el día en el hogar y no tener que transportarse al lugar de trabajo
	Mayor disponibilidad de alimentos en casa	Cuando se entiende como situación que surge por la pandemia el contar con un mayor acceso a los alimentos al permanecer en casa durante el día y tener mayor variedad de alimentos al alcance (ej: consumir alimentos sin tener hambre, comer por ansiedad, mayor consumo de café)

	Preocupación por la salud personal	Cuando se liga situaciones que surgen con la pandemia con el surgimiento de un interés y preocupación por cuidar la salud personal
Factores que determinan la salud	Acceso a servicios públicos	Cuando se entiende como factor que determina la salud el contar con el derecho y uso de servicios públicos indispensables como acceso agua potable
	Situación económica	Cuando se entiende como factor que determina la salud el ingreso económico que permite o no satisfacer las necesidades básicas (acceso y disponibilidad a alimentos y servicios de salud)
	Entorno social	Cuando se entiende como factor que determina la salud la influencia ejercida por los círculos que rodean a la persona (laborales, familiares, de amistades o la sociedad) que tienen un

		efecto en su conducta y emociones
	Edad	Cuando se entiende como factor que determina la salud los efectos naturales e inevitables que ocurren en los órganos por el envejecimiento
	Alimentación	Cuando se entiende como factor que determina la salud el efecto de una alimentación saludable, según las necesidades de cada persona, que repercute en la higiene del sueño, estado de ánimo, rendimiento en actividades diarias, entre otros.

ANEXO 4.

Guía de grupo focal dirigida a personas funcionarias cuyas unidades de trabajo participan en el programa Enlaces-OBS

Guía de grupo focal

Introducción

Buenas tardes a todos y todas, mi nombre es... y estas son mis compañeras...

Primero, queríamos agradecerles por asistir hoy a la sesión. Los hemos invitado porque estamos realizando nuestro proyecto final de graduación para optar por el grado de licenciatura en nutrición humana aquí en la UCR en un proyecto en conjunto con la Oficina de Bienestar y Salud. Todos ustedes han sido seleccionados por el vínculo que tienen con la Oficina, al estar participando en el programa Enlaces-OBS. Todo lo que ustedes nos digan será significativo para nuestra investigación y queremos que sepan que no existen respuestas correctas o equivocadas, sino que más bien nos interesa conocer sus experiencias o puntos de vista, que pueden ser muy distintos entre sí.

Antes de pasar a la siguiente sección quería saber si alguien no llenó el formulario que les enviamos donde llenaron sus datos y aceptaron la grabación de la llamada. Es necesario grabar la reunión para facilitar la toma de datos y no perder lo que ustedes nos dicen, pero en ningún caso se utilizarán sus datos personales, sino que se mantendrá la confidencialidad y será únicamente para fines de análisis. Pero igual queremos recordarles que este es un espacio de confianza para que podamos conversar un rato, así que en este momento va a comenzar la grabación (*relatora empieza a grabar*).

Les queremos pedir a ustedes también, para lograr esta dinámica que: por favor activen sus cámaras y cuando deseen hablar, toquen el ícono de levantar la mano o levanten la mano y así consecutivamente les daremos la palabra. Además, les pedimos que siempre se mantenga un espacio de respeto y que ustedes también mantengan la confidencialidad de lo que se comente aquí para que todos puedan sentir la libertad de expresarse. Por último, es importante aclararles que no vamos a contestar preguntas acerca de nutrición durante la sesión, ya que es un espacio para más bien escucharlos a ustedes.

Presentación

Vamos a presentarnos y nos van a decir de donde son y un pasatiempo que les guste

Preguntas Base

I. Apertura:

1. ¿Qué es salud?

Estar bien, sentirse bien.... ¿qué hace para estar bien? Qué le impide estar bien....

2. ¿Qué causa la buena salud?

II. Conocimientos:

3. ¿Qué han escuchado sobre alimentación saludable? ¿Qué es?

4. ¿Qué elementos tiene una alimentación saludable? que debería incluir una alimentación saludable.

5. ¿Qué se necesita para poder tener una alimentación saludable?

III. Prácticas:

6. ¿Qué experiencia han tenido a la hora de querer implementar una alimentación saludable?

7. ¿Qué ha logrado poner en práctica?

8. ¿Cuáles son prácticas saludables que ha escuchado que la gente menciona constantemente y usted no necesariamente comparte o entiende?

9. ¿Han enfrentado alguna dificultad a la hora de querer implementar una alimentación saludable?

10. ¿Por qué?

11. ¿Qué situación o comportamientos cree usted que le favorecería o ayudaría a tener una alimentación saludable?

12. ¿Qué otras prácticas...? ¿Hay una relación con: sueño, actividad física, horas laborales, ¿etc?

IV. Metodología de las intervenciones

Moderador: Como les habíamos mencionado, queremos proponer nuevas alternativas para el programa enlaces OBS, entonces...

13. Si se implementaran nuevas sesiones educativas de alimentación saludable en el programa Enlaces - OBS, ¿cómo les parece que sería más efectiva la metodología?
14. ¿Ha notado algún cambio en sus prácticas alimentarias durante la pandemia?

Cierre

Muchas gracias a todos por regalarnos un poco de su tiempo hoy y participar en la sesión. En definitiva, todos sus aportes serán de mucha utilidad para la investigación y serán tomados en consideración.

ANEXO 5.

Guía de grupo focal dirigida al personal de la OBS

Introducción

Buenos días a todos y todas,

Agradecemos la participación de todos ustedes hoy y la escucha que nos brindaron en la presentación de resultados. Tal y como les dijimos anteriormente la idea es escuchar sus opiniones en relación con los resultados presentados anteriormente, y sus recomendaciones para la propuesta de intervención, dada la experiencia de todos ustedes trabajando con el programa Enlaces-OBS. Este espacio que vamos a tener a continuación va a ser de gran utilidad para la investigación y esperamos que también en un futuro para el programa, por lo tanto, apreciamos y les pedimos que este espacio pueda ser de apertura, honestidad y respeto. Nos interesa conocer sus experiencias o puntos de vista, que pueden ser muy distintos entre sí.

La reunión será grabada para facilitar la toma de datos y no perder lo que ustedes nos dicen, pero en ningún caso se utilizarán sus datos personales, sino que se mantendrá la confidencialidad y será únicamente para fines de análisis. La idea es realizar unas preguntas abiertas para que todos los que gusten puedan comentar y se sientan en libertad de hacerlo. Sin embargo, si quisieran agregar algo fuera de las preguntas, relacionado a la presentación de datos o a nuestra investigación también es bienvenido.

Preguntas:

- I. Preguntas generales / Rompehielos
 1. Para iniciar, nos gustaría saber cuáles son sus primeras impresiones en relación con los resultados presentados anteriormente, ¿qué les llama la atención?
 2. ¿Qué les aporta a ustedes esta información en relación con las intervenciones que han llevado a cabo con los funcionarios de la universidad? ¿Les brinda estos resultados una nueva visión?
 3. De acuerdo con la información presentada, ¿cuáles temas consideran ustedes que podrían ser claves o esenciales y que se deberían tomar en cuenta para la propuesta de intervención?

II. Preguntas en relación con el contexto. barreras y facilitadores de los funcionarios

4. Producto de la demanda laboral que poseen, los funcionarios indicaron que por lo general cuentan con poco tiempo para la planificación y preparación de alimentos, ¿qué contenidos (temas, estrategias, técnicas) se podrían abordar con el fin de que se les pueda facilitar la preparación de alimentos saludables?
5. En relación con el tema de la ansiedad y el estrés, ¿es este un tema que se ha podido abordar? Si la respuesta es sí, ¿de qué forma se ha abordado? ¿Consideran que se podría hacer algo diferente? Si la respuesta es no, ¿de qué forma(s) se podría abordar?
6. Según lo comentado por los funcionarios, otro de los principales aspectos que afecta la práctica de hábitos saludables es la falta de disciplina, ¿es este un tema en el que se ha podido indagar? Si la respuesta es sí, ¿por qué razones consideran que está presente? ¿Está la falta de disciplina relacionado a otros factores? Si la respuesta es no, ¿de qué forma(s) se podría abordar?
7. ¿Considera posible fortalecer o formar redes de apoyo según los grupos/unidad de trabajo con el fin de que mejore la toma de decisiones en torno a la alimentación durante las actividades de esparcimiento o demás celebraciones? Si la respuesta es sí, ¿de qué forma se podría lograr esto?
8. ¿Considera posible o importante involucrar a los familiares de los funcionarios en el plan de intervención? Si la respuesta es sí, ¿de qué forma se podría lograr esto?

III. Preguntas en relación con la metodología

9. De acuerdo con la experiencia que poseen a partir de las intervenciones realizadas anteriormente, ¿Cuál(es) metodología de intervención consideran que ha sido más efectiva(s)? ¿Por qué razón?
 - a. ¿Cuál es el número de participantes que consideran adecuado con base en lo que acaba de escuchar?
 - b. ¿Cuál cree que podría ser la duración de las sesiones con base en lo que acaba de escuchar?
 - c. ¿Cuál cree que podría ser la modalidad de las sesiones con base en lo que acaba de escuchar?

- d. ¿Cuál cree que podría ser el horario de las sesiones con base en lo que acaba de escuchar?
 - e. ¿Cómo se podría integrar el uso de los medios de comunicación o recursos complementarios al programa fuera de las sesiones?
10. ¿Consideran viable el realizar intervenciones individualizadas por unidad? Si la respuesta es sí, ¿cuál forma consideran que podría ser más efectiva para realizar la etapa de diagnóstico y qué aspectos se deberían tomar en cuenta?
 11. ¿Qué indicador(es) utilizarían para evaluar la efectividad de las intervenciones y en qué plazo de tiempo consideran más oportuno medirlos para lograr el cumplimiento de objetivos a corto plazo?
 12. ¿Cuáles son los retos de impartir sesiones educativas a modo de talleres prácticos y puntuales?
 13. Con el fin de fortalecer los contenidos y las estrategias de intervención a partir de los temas expuestos, ¿qué aporte podría realizar cada uno de ustedes desde su disciplina o área de trabajo para brindar una intervención multidisciplinaria?
 14. ¿Con qué recursos cuenta la OBS para realizar estas intervenciones?
 15. Pregunta extra: ¿Qué tan viable creen que es desarrollar los temas propuestos? ¿En qué se basan actualmente para definir el contenido de las sesiones?

ANEXO 6.

Formulario de reclutación para las personas a participar en grupos focales.

Preguntas Respuestas Configuración

Sección 1 de 7

Participación Grupo Focal

Datos Personales

Nombre completo *

Texto de respuesta corta

Correo electrónico *

Texto de respuesta corta

Después de la sección 1 Ir a la siguiente sección

Preguntas Respuestas Configuración

Sección 2 de 7

Puesto laboral

Descripción (opcional)

Por favor indique el nombre de la unidad universitaria a la que pertenece *

Texto de respuesta corta

Defina si su puesto se categoriza como docente o administrativo *

Docente

Administrativo

Otra...

Unidad universitaria a la que pertenece *

Académica

Instancias adscritas a la Vicerrectoría de Investigación

Administrativa

Después de la sección 2 Ir a la siguiente sección

Preguntas Respuestas Configuración

Después de la sección 2 Ir a la siguiente sección

Sección 3 de 7

Horario unidad académica

Descripción (opcional)

Indique a continuación en cuál horario podría participar de la sesión por medio de la plataforma Zoom (duración de aproximadamente 1-2 horas) *

Lunes 26 de octubre 2:00 pm

Jueves 29 octubre 1:30pm

Jueves 5 de noviembre 5:00pm

No puedo ninguno de estos horarios pero igual me interesaría participar

No puedo en ninguno de estos horarios

Después de la sección 3 Ir a la siguiente sección

Preguntas Respuestas Configuración

Sección 6 de 7

Horario extra

Descripción (opcional)

Indique qué día de la semana y a qué hora le quedaría bien realizar la sesión *

	1:00 pm	3:00 pm	5:00 pm	No puedo es...	Puedo un sá...	6:00 pm
Lunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Martes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miércoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jueves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viernes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Después de la sección 6 Ir a la siguiente sección

Sección 7 de 7

Carta de Presentación

Descripción (opcional)

He leído o se me ha leído toda la información descrita en la carta de presentación antes de aceptar participar. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio. Además, estoy de acuerdo con que la sesión sea grabada tomando en cuenta que se mantendrán la confidencialidad de los datos.

Sí

ANEXO 7.

Consentimiento informado de las personas funcionarias que participaron en el grupo focal

CARTA DE PRESENTACIÓN

(Para participantes del programa Enlaces OBS)

Desarrollo de una propuesta de intervención para la promoción de prácticas saludables desde los determinantes sociales de la salud en personal universitario que participan en el programa “Enlaces OBS” de la Sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica, 2020.

Nombre de el/la investigador/a principal: Ana Lucía Chavarría Castillo, María Fernanda Espinoza Arguedas, Arianna Jiménez Cook, Viviana Rodríguez Fernández, Adriana Sancho Sánchez, Daniela Solano Chaves y PhD D. Tatiana Martínez (Directora del TFG)

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

Bajo el marco del Trabajo Final de Graduación en modalidad de Seminario de Graduación con el fin de optar por el grado de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Costa Rica, las Bachilleres Ana Lucía Chavarría Castillo, Arianna Jiménez Cook, María Fernanda Espinoza Arguedas, Viviana Rodríguez Fernández, Adriana Sancho Sánchez y Daniela Solano Chaves, se encuentran realizando una investigación en funcionarios de diferentes unidades universitarias de trabajo de la Universidad de Costa Rica, quienes forman parte del programa “Enlaces OBS” y ahora se encuentran en las etapas de ejecución o reformulación de dicho plan de salud. Esto con el fin de desarrollar una propuesta de intervención para la promoción de prácticas saludables desde los determinantes sociales de la salud. Lo anterior, con el objetivo de crear una metodología de intervención nutricional que se adapte al contexto y condiciones del entorno que influyen en la vida de la población de estudio y con esto disminuir la brecha existente entre conocimientos y prácticas para una vida saludable, que actualmente impiden a las personas actuar a favor de su bienestar. Este estudio es un trabajo conjunto entre la Escuela de Nutrición, específicamente el Programa de Educación y Atención Universitario (PREANU) y la Oficina de Bienestar y Salud (OBS).

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

Se realizarán dos grupos focales por unidad, es decir seis en total (dos para unidad académica, para unidad administrativa y para instituto de investigación). El grupo focal es una herramienta de investigación cualitativa que consiste en una discusión en grupo entre personas que tienen aspectos en común, sobre un tema específico (en este caso las prácticas saludables en relación con el exceso de peso) con el fin de conocer sus opiniones, percepciones y creencias. El mismo es dirigido por un moderador que utiliza para ello una guía de preguntas.

Por lo tanto, si acepto participar en este estudio debo:

1. Antes de participar en el grupo focal debo aceptar hacerlo en el formulario que se adjunta.

2. Una vez convocado para el grupo focal, debo conectarme a una llamada vía Zoom → donde se me preguntará acerca de diferentes temas relacionados con el programa Enlaces OBS como las prácticas saludables en temas relacionados con alimentación y nutrición. En ella se compartirá acerca de opiniones, conocimientos, barreras, facilitadores y prácticas relativas a temas relacionados con prácticas saludables vistos desde los determinantes sociales de la salud. El grupo focal se realizará bajo una modalidad virtual basada en una guía de preguntas, y se tratará que cada participante tenga una participación activa.
3. Aceptar que la sesión virtual en la que participo sea grabada. Se aproxima que la sesión tarde entre 1-2 horas. En caso de que la grabación sea por medio de videoconferencia, idealmente debo prender mi cámara, y también contar con audio. Las grabaciones obtenidas a partir de la realización de grupos focales, serán transcritas por las investigadoras utilizando pseudónimos para identificar al participante y mantener su anonimato y estas serán de uso exclusivo de las investigadoras.

Toda la información brindada será confidencial y utilizada para fines exclusivos de esta investigación. Las grabaciones serán guardadas en su respectiva base de datos en poder de la OBS y de las investigadoras, una vez terminado y presentado el informe de trabajo final de graduación, serán destruidas. Toda la información será tratada de manera que garantiza el anonimato de las personas participantes y nadie, aparte de los/as investigadores tendrá acceso a los datos e instrumentos, durante el proceso investigativo y al finalizar la misma.

C. RIESGOS

El estudio representa riesgos mínimos para los participantes. Es posible, que como parte de la investigación el participante sienta incomodidad, ansiedad o inseguridad por expresar con otras personas temas relacionados con sus prácticas diarias y conocimientos, así como temas sensibles relacionados con su estado físico, mental, entorno laboral, social y familiar. De la misma forma, se pretende asegurar el principio de autonomía, comprendida según Singer (1984) como “la capacidad de elegir, de tomar las propias decisiones y de actuar de acuerdo con ellas” (p. 100), para que el participante que así lo decida, pueda intervenir con libertad de las preguntas formuladas durante los grupos focales o permanecer en silencio ante alguna pregunta que atente contra sus principios.

Otro de los riesgos es la pérdida de confidencialidad de los datos, para lo cual se tomarán medidas como el uso de redes de acceso a internet privadas y bases de datos que sólo estarán al alcance de las investigadoras. Además, se reitera que la información obtenida será de uso anónimo y únicamente con fines académicos.

D. BENEFICIOS

Como resultado de su participación en este estudio será invitado a la sesión de devolución de resultados. Además, el beneficio que obtendrá es que recibirá una sesión educativa de alimentación saludable que se espera mejoren calidad de vida.

Además, la información brindada conllevará a que el programa Enlaces OBS pueda ofrecer a sus participantes intervenciones modificadas en prácticas saludables. Este proyecto también pretende involucrar al personal de la OBS por lo que al usted compartir información acerca de cómo mejorar las sesiones educativas puede ayudar a estos profesionales a incluir nuevas metodologías o herramientas para el beneficio de la salud de todo el personal participante del programa Enlaces OBS.

E. VOLUNTARIEDAD

Se establece que la participación de los sujetos de estudio es voluntaria, por lo que la persona tiene total libertad para retirarse en cualquier momento del proceso investigativo, negarse a participar si así lo desea, sin que esto implique castigo alguno o pérdida de derechos como funcionario de alguna unidad de trabajo de la Universidad de Costa Rica o bien, como participante del programa “Enlaces OBS”.

F. CONFIDENCIALIDAD

Se reitera que toda la información obtenida por parte de los participantes, así como el análisis y procesamiento de dichos datos es de uso confidencial y anónimo. Las investigadoras se comprometen a tratar los datos de manera estricta para garantizar su confidencialidad, es por esta razón que solo se usarán redes de internet de acceso privado para evitar el robo de información confidencial. Los resultados de esta investigación podrían pasar a formar parte de bases de datos de trabajos finales de graduación (repositorio UCR) o convertirse en publicación científica de acceso público, conservando siempre el anonimato de los participantes.

H. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con alguna de las investigadoras sobre este estudio y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Ana Lucía Chavarría Castillo *al teléfono 8911 3634*, María Fernanda Espinoza Arguedas *al teléfono 8571 3683*, Arianna Jiménez Cook *al teléfono 8571 3683*, Viviana Rodríguez Fernández *al teléfono 89516528*, Adriana Sancho Sánchez *al teléfono 6382 9746*, Daniela Solano Chaves *al teléfono 8680 2112* o a Tatiana Martínez Jaikel de la Escuela de Nutrición *al teléfono 83632002* de lunes a viernes de 7 am a 3pm. Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica *a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398*, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

ANEXO 8.

Cronograma de investigación

Fecha		Etapa del proyecto				
		Desarrollo del protocolo	Recolección de datos	Análisis de datos	Elaboración del informe final	Entrega del informe final
2020	Marzo	X				
	Abril	X				
	Mayo	X				
	Junio	X				
	Julio		X			
	Agosto		X			
	Setiembre		X			
	Octubre		X			
	Noviembre		X			
	Diciembre		X			
2021	Enero		X			
	Febrero		X			
	Marzo		X	X		
	Abril			X		

	Mayo			X		
	Junio			X		
	Julio			X		
	Agosto			X		
	Setiembre			X		
	Octubre			X		
	Noviembre			X		
	Diciembre			X		
2022	Enero				X	
	Febrero				X	
	Marzo					X