

LA PARADOJA DE LA OBESIDAD LABORAL

Determinantes ocultos en la salud del trabajador administrativo universitario

Zoila Rosa DIAZ TAVERA
Fernando Martín RAMÍREZ WONG






© Zoila Rosa DIAZ TAVERA
Fernando Martín RAMÍREZ WONG

© Editorial Grupo Compás, 2025
Guayaqui, Ecuador
www.grupocompas.com
<http://repositorio.grupocompas.com>

Primera edición, 2025

ISBN: 978-9942-53-126-1

Distribución online

 Acceso abierto

Cita

Díaz, Z., Ramírez, F. (2025) LA PARADOJA DE LA OBESIDAD LABORAL
Determinantes ocultos en la salud del trabajador administrativo universitario .
Editorial Grupo Compás

Este libro ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad de la publicación. El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

LA PARADOJA DE LA OBESIDAD LABORAL

Determinantes ocultos en la salud del trabajador administrativo universitario

La obesidad en el trabajador administrativo universitario no es un fenómeno individual ni simple. Detrás de cada caso existe un conjunto de determinantes laborales, sociales, organizacionales y psicológicos que explican por qué miles de trabajadores presentan exceso de peso incluso cuando declaran estilos de vida relativamente saludables.

Este libro revela la paradoja de la obesidad laboral, desmontando la idea de que la obesidad es solo consecuencia de hábitos personales. Mediante un estudio riguroso y un análisis profundo, las autoras demuestran que el sedentarismo estructural del trabajo administrativo, el estrés constante, la falta de ergonomía, la presión institucional y los entornos obesogénicos tienen un impacto mayor que cualquier conducta individual.

La obra desarrolla una mirada innovadora basada en:

- los Determinantes Sociales de la Salud,
- el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender,
- la evidencia científica más reciente,
- y el enfoque internacional de Universidades Saludables.

Además, propone un Programa Integral de Promoción de la Salud del Trabajador Administrativo, aplicable en universidades públicas y privadas, con acciones reales, sostenibles y alineadas con la salud ocupacional moderna.

Un libro imprescindible para:

- Gestores universitarios
- Profesionales de salud pública
- Especialistas en salud ocupacional
- Investigadores
- Equipos de bienestar universitario
- Responsables de recursos humanos
- Docentes y estudiantes de ciencias de la salud

Con un lenguaje claro, académico y profundamente humano, esta obra invita a repensar la salud laboral desde un enfoque más justo, comprensivo y transformador.

Prólogo

Las universidades públicas son organizaciones complejas que funcionan como un pequeño mundo en paralelo. Viven, vibran y se transforman acompañando su rol multidimensional, motor de desarrollo social -individual y colectivo-, científico, cultural y económico.

En sus aulas, laboratorios y salones se genera "in continuum" el conocimiento que impulsa la construcción de una ciudadanía crítica, la formación profesional, el avance científico y la movilidad social, pilares del progreso de las naciones.

A su vez, aquella intrincada estructura se sustenta en el trabajo silencioso del personal no docente, colectivo heterogéneo que reúne a trabajadores que, sin ser profesores, desempeñan los roles esenciales para el funcionamiento cotidiano de la institución.

El personal administrativo constituye un pilar fundamental en la organización, pero, a la vez, representa a uno de los grupos de mayor vulnerabilidad ante la exposición a los riesgos del trabajo moderno.

Hablar de Salud Ocupacional hoy exige mirar más allá de los habituales indicadores, de las estadísticas aisladas y de las fórmulas simplistas. Exige, sobre todo, comprender que el trabajo no es sólo un medio de subsistencia, sino un determinante profundo de la salud, del bienestar y de la dignidad de las personas.

El estudio y riguroso análisis presentado a lo largo de esta impactante obra, invita a replantear la hipótesis "peor estilo de vida, mayor obesidad", evidenciando la responsabilidad de los entornos laborales en la paradoja subyacente a la vez que lidera un llamado a la urgente acción de los decisores de la Salud Pública en general y de la Salud Ocupacional en particular.

Durante años, se ha responsabilizado al individuo por los problemas de salud que emergen durante su vida laboral: sedentarismo, aumento de peso, enfermedades no transmisibles, estrés, fatiga y hasta cáncer.

Sin embargo, estos fenómenos no pueden comprenderse -siquiera abordarse- sin analizar el contexto organizacional, cultural y estructural en el que se desarrollan las tareas laborales cotidianas y el escenario en el que pasamos la mayoría del tiempo de vigilia.

La obesidad ligada a estilos de vida insuficientes en el personal no docente de las universidades públicas de Perú no es consecuencia directa y unívoca de malas decisiones individuales sino de un entorno laboral estructuralmente limitante y facilitador.

La obra se inscribe con claridad en esa perspectiva. El abordaje de la obesidad en el trabajador administrativo universitario, se hace no desde el juicio ni desde una mirada reduccionista del estilo de vida, sino desde una comprensión integral

de los determinantes laborales, sociales y ambientales que configuran la salud en el trabajo. Este posicionamiento es, sin dudas, uno de sus mayores aciertos.

El valor del libro radica en que no se limita a describir un problema. Lo analiza con rigor científico, lo contextualiza en la realidad latinoamericana y lo traduce en una propuesta concreta de intervención activa desde la Salud Ocupacional y la Promoción de la Salud. Integra modelos teóricos sólidos con evidencia empírica y con una profunda sensibilidad humana. Nos advierte que cuidar la salud de los trabajadores no es un gesto, no es un privilegio ni una inversión o beneficio, es una responsabilidad ética y una decisión estratégica.

La obra funciona como un llamado a la acción que incomoda al lector, obligándolo a ponerse de pie.

Nos señala con profundos y sólidos fundamentos el rol de los entornos laborales sanos y saludables como un Derecho Humano Fundamental y, capítulo a capítulo, marca un camino concreto para materializarlo.

Desde mi experiencia en el campo de la Salud Ocupacional, estoy convencida de que las organizaciones que logran incorporar el bienestar de sus colaboradores como parte de su cultura no sólo mejoran sus indicadores, su cohesión, su productividad y su sentido de propósito, sino que, al mismo tiempo, aportan a la equidad y la sostenibilidad de la Salud.

Este libro interpela a gestores, decisores, profesionales de la salud y autoridades a asumir un compromiso social activo y sustentable.

Celebro profundamente esta contribución, agradeciendo su seriedad, su valentía y también su crudeza, comprendiéndola como una oportunidad para transformar nuestras universidades y nuestras organizaciones en espacios más humanos, justos y verdaderamente saludables.

Para nosotros y para las nuevas generaciones.

Dra. Samanta C. Kameniecki

Coord. Unidad de Calidad de Vida en el Ámbito Laboral. Hospital Garrahan.
Vicepresidenta Sociedad de Medicina del Trabajo Buenos Aires- Argentina

Indice

Prólogo	2
Indice	4
CAPÍTULO 1	14
La obesidad en el mundo laboral actual.....	14
1.1. La pandemia del siglo XXI: una realidad que se expande	14
1.2. Más allá del IMC: nuevas aproximaciones a la obesidad	14
1.3. La doble carga de enfermedad en América Latina	15
1.4. Perú: un país que sube de peso	15
1.5. La obesidad como problema laboral: productividad y costos.....	16
1.6. Sedentarismo ocupacional: la nueva enfermedad del trabajo moderno	16
1.7. Estrés laboral y obesidad: la dimensión psicológica.....	17
1.8. El entorno universitario: un microcosmos obesogénico	17
1.9. La salud ocupacional como herramienta para revertir el problema.....	18
1. Políticas organizacionales de salud	18
3. Educación y sensibilización	18
4. Alimentación saludable en el campus.....	18
1.10. Mirar hacia dentro: por qué es importante este libro	18
REFERENCIAS	19
CAPÍTULO 2	21
La obesidad en el Perú: una revisión desde la evidencia	21
2.1. Un país que cambió su perfil nutricional	21
2.2. Qué dicen las encuestas nacionales: ENDES y tendencia 2014–2022.....	21
2.3. No todos suben de peso igual: diferencias por sexo, área y región.....	22
2.4. El rostro infantil de la epidemia: sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes	23
2.5. Diagnóstico ampliado: más allá del IMC en población peruana	24
2.6. Determinantes sociales y ambientales de la obesidad en el Perú	24
2.7. Respuestas institucionales y políticas públicas frente a la obesidad.....	25
2.8. El eslabón perdido: el entorno laboral, universitario y la salud ocupacional .	26
2.9. Hacia una lectura integrada	26

REFERENCIAS	27
CAPÍTULO 3	29
Vida Laboral Universitaria: Un Terreno de Riesgo	29
3.1. El mundo laboral universitario: entre la tradición y la modernidad	29
3.2. La estructura laboral administrativa: un ecosistema sedentario.....	29
3.3. El componente alimentario: la dieta del trabajador administrativo	30
3.4. Factores psicosociales: carga emocional y estrés laboral	31
3.5. Lo que evidencia la investigación: el caso de una universidad pública de Lima	31
Principales resultados encontrados:	31
3.6. Estilos de vida en el contexto universitario: una interpretación profunda	32
3.7. La cultura organizacional universitaria y su impacto en la salud	32
3.8. Implicancias para la salud pública y ocupacional.....	33
3.9. Un problema estructural que requiere soluciones estructurales	33
REFERENCIAS	34
CAPÍTULO 4	35
Enfoque teórico: el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender	35
4.1. Origen y evolución del modelo.....	35
4.2. Supuestos filosóficos y visión de la persona	35
4.3. Estructura general del modelo	36
4.4. Características y experiencias individuales.....	36
4.4.1. Factores personales.....	36
4.4.2. Conductas previas relacionadas.....	37
4.5. Cogniciones y afectos específicos de la conducta.....	37
4.5.1. Beneficios percibidos de la acción	37
4.5.2. Barreras percibidas.....	37
4.5.3. Autoeficacia percibida.....	38
4.5.4. Afecto relacionado con la actividad	38
4.5.5. Influencias interpersonales	39
4.5.6. Influencias situacionales	39
4.6. Resultado conductual: compromiso y ejecución.....	39
4.6.1. Compromiso con un plan de acción	39
4.6.2. Demandas y preferencias competidoras.....	40

4.7. Evidencia empírica del modelo en promoción de estilos de vida	40
4.8. Razones para elegir este modelo en el estudio de obesidad y estilos de vida en trabajadores universitarios	41
4.9. Implicancias para el diseño de intervenciones en la universidad pública	42
REFERENCIAS	42
CAPÍTULO 5	44
Metodología de la Investigación	44
5.1. Diseño general del estudio	44
5.2. Enfoque epidemiológico y justificación metodológica	44
5.3. Población de estudio.....	45
5.4. Muestra y criterios de selección	45
Criterios de inclusión	45
Criterios de exclusión	45
5.5. Variables del estudio	45
5.5.1. Variable principal: Estado nutricional (Obesidad)	45
5.5.2. Variable secundaria: Estilos de vida	46
5.6. Instrumentos y técnicas de recolección	46
1. Ficha sociodemográfica	46
2. Registro antropométrico	47
3. Cuestionario de estilos de vida	47
5.7. Procedimiento de recolección de datos	47
5.8. Plan de análisis	47
Análisis descriptivo	47
Análisis inferencial	48
5.9. Consideraciones éticas.....	48
5.10. Fortalezas metodológicas	48
5.11. Limitaciones.....	48
REFERENCIAS	49
CAPÍTULO 6	50
Resultados del estudio.....	50
6.1. Perfil de la población estudiada	50
6.2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad	50
6.3. Distribución por grados de obesidad	51

6.4. Estilos de vida: panorama general	51
6.5. Dimensiones específicas de los estilos de vida	51
6.6. Resultados inferenciales: obesidad y estilos de vida	52
6.6.1. Obesidad global y estilo de vida general	53
6.6.2. Obesidad por grados y estilos de vida	53
6.7. Lectura integrada de los resultados	53
6.8. Hacia el siguiente capítulo	54
CAPÍTULO 7	55
Discusión: Comprendiendo la obesidad y los estilos de vida en el contexto laboral universitario	55
7.1. Introducción a la interpretación de hallazgos	55
7.2. Una prevalencia que refleja la tendencia nacional	55
7.3. El peso del sedentarismo laboral: un determinante invisible	56
7.4. Estilos de vida: fortalezas y debilidades	56
7.5. ¿Por qué NO se encontró asociación entre estilos de vida y obesidad?	57
¿Cómo interpretar este resultado?	57
1. El Modelo de Pender lo anticipa: el entorno pesa más que la conducta	57
2. El sedentarismo laboral supera cualquier esfuerzo fuera del trabajo	57
3. El cuestionario de estilos de vida no captura la complejidad metabólica	58
4. La mayoría de trabajadores comparte condiciones similares	58
5. La obesidad es un fenómeno multifactorial	58
7.6. Comparación con investigaciones latinoamericanas	59
7.7. ¿Cómo explica Pender estos hallazgos?	59
1. Barreras percibidas	59
2. Influencias situacionales	59
3. Autoeficacia baja en actividad física	59
4. Demandas competidoras	59
7.8. Implicancias para la salud ocupacional	60
7.9. Aportaciones del estudio	60
7.10. Conclusión general de la discusión	60
CAPÍTULO 8	62
Conclusiones y Recomendaciones	62
8.1. Conclusiones generales	62

1. El exceso de peso es la norma en el personal administrativo.....	62
2. El sedentarismo laboral es extremo y estructural.....	62
3. Los estilos de vida muestran debilidades importantes	62
4. No existe asociación entre estilos de vida y obesidad	62
5. El entorno laboral es un determinante crítico de la obesidad	63
6. El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender aporta claridad conceptual.....	63
7. La universidad pública es un espacio estratégico para intervenir.....	63
8.2. Recomendaciones institucionales	64
1. Implementar un Programa Institucional de Salud Ocupacional Universitaria ...	64
2. Institucionalizar las pausas activas obligatorias.....	64
3. Promover un entorno alimentario saludable dentro del campus.....	64
4. Fortalecer el bienestar emocional y manejo del estrés.....	65
5. Crear espacios para actividad física dentro del campus	65
6. Incorporar vigilancia nutricional y chequeos periódicos	65
7. Integrar el modelo de Pender en las políticas de bienestar universitario	65
8. Capacitar a líderes y jefaturas en cultura organizacional saludable	65
9. Incorporar el enfoque de “Universidad Saludable” recomendado por OPS/OMS.....	66
10. Desarrollar investigaciones continuas en salud ocupacional	66
8.3. Reflexión final	66
CAPÍTULO 9	67
Propuesta de Intervención Integral: Universidad Pública Saludable.....	67
9.1. Introducción	67
9.2. Objetivos de la intervención	67
Objetivo general	67
Objetivos específicos	67
9.3. Enfoque conceptual de la intervención.....	67
9.4. Estructura del Programa Integral.....	68
EJE 1: Actividad física y movilidad durante la jornada	68
Componente 1. Pausas activas institucionalizadas.....	68
Componente 2. Rutas de caminata dentro del campus.....	68
Componente 3. “Escritorios activos” o adaptables	68

EJE 2: Alimentación saludable institucional.....	69
Componente 4. Rediseño del entorno alimentario.....	69
Componente 5. Etiquetado visible	69
Componente 6. Políticas institucionales de reuniones saludables.....	69
EJE 3: Salud emocional y manejo del estrés	69
Componente 7. Programa emocional universitario.....	69
Componente 8. Liderazgo saludable	69
EJE 4: Autocuidado, autoeficacia y responsabilidad en salud	70
Componente 9. Chequeos preventivos anuales	70
Componente 10. Escuela de Estilos de Vida	70
Componente 11. Redes de apoyo entre trabajadores.....	70
9.5. Estrategias de comunicación para aumentar beneficios percibidos.....	70
9.6. Implementación del programa	70
Fase 1: Diagnóstico inicial (Mes 1–2)	70
Fase 2: Intervención (Mes 3–12).....	71
Fase 3: Evaluación (Mes 12)	71
9.7. Sostenibilidad	71
9.8. Cierre del capítulo	71
CAPÍTULO 10	72
Sustento Teórico y Operativo de la Intervención	72
10.1. Fundamentos teóricos del programa	72
1. Modelo de Promoción de la Salud (Nola Pender).....	72
2. Determinantes Sociales de la Salud (OMS)	72
3. Lineamientos de la OPS: Entornos Universitarios Saludables	72
4. Normas internacionales de Salud Ocupacional (OIT).....	73
10.2. Justificación operativa	73
10.3. Actores clave	73
Nivel directivo	73
Nivel operativo	73
Nivel de soporte.....	73
10.4. Indicadores de éxito.....	74
Indicadores de proceso.....	74
Indicadores de resultado.....	74

10.5. Articulación con políticas nacionales.....	74
10.6. Escalamiento del programa	74
Etapa 1: piloto en oficinas centrales	74
Etapa 2: ampliación a toda la administración	74
Etapa 3: integración con personal docente	74
Etapa 4: modelo institucional para otras universidades públicas	74
10.7. Reflexión final	74
CAPÍTULO 11	76
Plan de Acción Operativo para la Implementación del Programa “Universidad Pública Saludable”	76
11.1. Introducción	76
11.2. Estructura del programa y actores responsables	76
Nivel de dirección	76
Nivel operativo	77
Nivel de soporte.....	77
11.3. EJE 1: Actividad física y movilidad durante la jornada.....	77
11.3.1. Componente 1: Pausas activas institucionalizadas.....	77
Objetivo: Reducir sedentarismo y mejorar bienestar físico.....	77
Actividades operativas:	77
Responsables:.....	77
Recursos:	77
Indicadores:.....	77
11.3.2. Componente 2: Rutas activas en el campus	78
Objetivo: Fomentar actividad física ligera a través de caminatas breves.	78
Actividades:	78
Responsables:.....	78
Indicadores:	78
11.3.3. Componente 3: Alternancia postural y mobiliario activo	78
Objetivo: Disminuir riesgo osteomuscular y mejorar postura.	78
Actividades:	78
Responsables:.....	78
Indicadores:	78
11.4. EJE 2: Alimentación saludable institucional	78

11.4.1. Componente 4: Rediseño del entorno alimentario	78
Objetivo: Reducir disponibilidad de alimentos ultraprocesados.	78
Actividades:	78
Responsables:	79
Indicadores:	79
11.4.2. Componente 5: Etiquetado visible y educación alimentaria.....	79
Actividades:	79
Indicadores:	79
11.4.3. Componente 6: Reuniones saludables.....	79
Actividades:	79
11.5. EJE 3: Salud emocional y manejo del estrés.....	79
11.5.1. Componente 7: Programa emocional universitario.....	79
Objetivo: Reducir estrés laboral y mejorar bienestar emocional.	79
Actividades:	79
Responsables:	80
Indicadores:	80
11.5.2. Componente 8: Liderazgo saludable	80
Actividades:	80
Indicadores:	80
11.6. EJE 4: Autocuidado, autoeficacia y responsabilidad en salud	80
11.6.1. Componente 9: Chequeos preventivos anuales	80
Actividades:	80
11.6.2. Componente 10: Escuela de Estilos de Vida	80
Actividades:	80
11.6.3. Componente 11: Redes de apoyo entre trabajadores.....	81
Actividades:	81
11.7. Cronograma general de implementación (12 meses)	81
11.8. Recursos necesarios	81
Recursos humanos.....	81
Recursos materiales.....	81
Presupuesto estimado	81
11.9. Indicadores para monitoreo y evaluación	81
Indicadores de proceso.....	81

Indicadores de resultados	82
11.10. Estrategia de sostenibilidad	82
11.11. Cierre del capítulo	82
CAPÍTULO 12	83
Anexos Técnicos del Programa “Universidad Pública Saludable”	83
ANEXO 1. MATRIZ DE PLANIFICACIÓN (MARCO LÓGICO).....	83
1. Fin (impacto esperado).....	83
2. Propósito (efecto directo).....	83
3. Componentes.....	83
ANEXO 2. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA	84
Escala de Estilos de Vida del Trabajador Universitario (adaptación).....	84
ANEXO 3. FICHA ANTROPOMÉTRICA DEL TRABAJADOR	84
ANEXO 4. INSTRUMENTO DE PERCEPCIÓN DEL ENTORNO LABORAL.....	85
Secciones:.....	85
ANEXO 5. MODELO DE RESOLUCIÓN INSTITUCIONAL.....	85
Resolución Rectoral N° XXX-202X-U	85
ANEXO 6. MANUAL DE PAUSAS ACTIVAS (VERSIÓN BÁSICA)	86
Duración: 5–7 minutos	86
Frecuencia: cada 90 minutos.....	86
Secuencia recomendada:	86
Indicaciones:.....	86
ANEXO 7. FORMATOS OFICIALES	86
A. Formato de Registro de Pausas Activas	86
B. Formato de Informe Mensual	86
ANEXO 8. MATRIZ DE EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	87
Indicadores de proceso.....	87
Indicadores de resultado.....	87
ANEXO 9. CRONOGRAMA GANTT DEL PROGRAMA (12 MESES)	87
ANEXO 10. GUÍA PARA JEFATURAS – “LIDERAZGO SALUDABLE”	87
ANEXO 11. PLANTILLA DE CHARLA DE 15 MINUTOS PARA SENSIBILIZACIÓN	88
Objetivos:	88
Contenido:	88
ANEXO 12. MODELO DE INFORME ANUAL DEL PROGRAMA	88

CIERRE DEL CAPÍTULO.....	88
ANEXO 13. GLOSARIO	89
Actividad física	89
Ambiente obesogénico.....	89
Antropometría	89
Autoeficacia.....	89
Circunferencia abdominal	89
Clima organizacional	89
Determinantes Sociales de la Salud (DSS).....	89
Ergonomía	89
Estilos de vida	89
Estrés laboral	90
IMC (Índice de Masa Corporal)	90
Obesidad.....	90
Pausas activas.....	90
Promoción de la salud.....	90
Sedentarismo	90
Universidades Saludables.....	90
REFERENCIAS	91

CAPÍTULO 1

La obesidad en el mundo laboral actual

1.1. La pandemia del siglo XXI: una realidad que se expande

La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas y es reconocida como uno de los principales desafíos de salud pública del siglo XXI. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un “exceso de grasa corporal perjudicial para la salud”, pero hoy sabemos que la obesidad es un fenómeno mucho más complejo que trasciende la simple acumulación de tejido adiposo (1).

En 2022, la prevalencia mundial de sobrepeso y obesidad superó los 2 500 millones de personas, y cerca de 890 millones vivían con obesidad, casi cuatro veces más que en 1990. En términos proporcionales, el 43 % de la población adulta mundial presenta exceso de peso (2–4).

Este incremento no es uniforme; afecta de manera particular a países de ingresos medios como el Perú, donde los cambios en los patrones alimentarios, la mayor disponibilidad de productos ultraprocesados, la urbanización acelerada y la expansión del trabajo sedentario han impulsado una transición nutricional desfavorable.

El impacto también alcanza a los niños: en 2022, aproximadamente 390 millones de niños y adolescentes entre 5 y 19 años tenían sobrepeso u obesidad, una cifra cuatro veces mayor que la registrada en 1990 (1). Esta “pendiente ascendente” indica que, si no se aplican medidas contundentes, el futuro epidemiológico será aún más desafiante.

1.2. Más allá del IMC: nuevas aproximaciones a la obesidad

Aunque el Índice de Masa Corporal (IMC) continúa siendo la herramienta más utilizada para estimar la obesidad, hoy se reconoce ampliamente sus limitaciones. Investigaciones recientes demuestran que el IMC no distingue entre masa magra y masa grasa, ni refleja la distribución del tejido adiposo o el riesgo metabólico asociado (4,5).

Por ello, en la última década se han fortalecido conceptos como:

- Obesidad clínica: cuando el exceso de grasa se acompaña de disfunción fisiológica.
- Obesidad preclínica: IMC elevado sin daño orgánico, pero con riesgo futuro.

- Índice de Masa Grasa Relativa (RFM): que incorpora el perímetro de cintura y permite estimar con mayor precisión la adiposidad real.

Estudios peruanos recientes revelan que, al aplicar RFM, la prevalencia de obesidad se duplica respecto del IMC: mientras el IMC detecta alrededor del 22% de obesidad en adultos peruanos, el RFM identifica cerca del 60% (6,7). Esto sugiere que el país enfrenta un problema más grave de lo estimado previamente.

1.3. La doble carga de enfermedad en América Latina

La región latinoamericana atraviesa la llamada doble carga de enfermedad: persisten problemas de malnutrición y enfermedades infecciosas, pero crecen aceleradamente la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (1,8).

Factores que explican esta transición:

- Dietas altas en azúcares libres, grasas saturadas y productos ultraprocesados.
- Reducción marcada de la actividad física.
- Mayor exposición a entornos urbanos con largas distancias y uso masivo del transporte motorizado.
- Estilos de vida laborales centrados en la permanencia prolongada en oficina.
- Estrés crónico, irregularidad del sueño y menor tiempo para autocuidado.

La obesidad está hoy en la base de un continuo de enfermedad que abarca diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias y riesgo cardiovascular, y es responsable de una parte significativa de la carga global de morbilidad.

1.4. Perú: un país que sube de peso

En el Perú, el patrón es similar al de otros países latinoamericanos, con una tendencia sostenida al incremento del exceso de peso. La evidencia epidemiológica muestra:

- $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$: más del 50 % de adultos peruanos.
- Obesidad por IMC: entre 20 y 22 %.
- Obesidad por RFM: aproximadamente 60 %.
- Mayor prevalencia en:
 - mujeres adultas,
 - zonas urbanas,
 - regiones costeras como Lima y Callao (11,12).

Este contexto convierte a la población trabajadora universitaria en un grupo de especial interés, dado que su entorno está altamente influenciado por patrones de sedentarismo y disponibilidad limitada de alimentos saludables.

1.5. La obesidad como problema laboral: productividad y costos

La obesidad impacta de manera directa en la productividad laboral y en los costos de las instituciones. Múltiples estudios demuestran que los trabajadores con exceso de peso presentan:

- Mayor ausentismo por complicaciones agudas o descompensación de enfermedades crónicas.
- Presentismo, es decir, acudir al trabajo pero con menor desempeño por fatiga, dolor o somnolencia.
- Mayor utilización de servicios de salud institucionales.
- Deterioro significativo de la calidad de vida relacionada con la salud (13,14).

El costo económico de la obesidad para las organizaciones se manifiesta en:

1. Gastos directos: atención médica, medicamentos, exámenes y hospitalizaciones.
2. Gastos indirectos: pérdida de productividad, rotación de personal, incapacidades, jubilaciones anticipadas.
3. Costos intangibles: desgaste organizacional, disminución de la moral laboral y pérdida de capacidades humanas.

En el ámbito de la salud ocupacional, la obesidad se reconoce como un riesgo biológico y ergonómico, dado que aumenta la probabilidad de lesiones musculoesqueléticas, trastornos del sueño, intolerancia al calor, fatiga rápida y limitación funcional.

1.6. Sedentarismo ocupacional: la nueva enfermedad del trabajo moderno

Una de las transformaciones más profundas del siglo XXI es la transición hacia empleos predominantemente sedentarios, en los que la mayor parte de la jornada transcurre frente a una computadora. En estos espacios, la movilidad cotidiana desaparece y el gasto energético disminuye de manera drástica.

La evidencia científica indica que permanecer sentado más de 7 horas al día aumenta el riesgo de:

- Diabetes tipo 2
- Enfermedad cardiovascular
- Cáncer de colon
- Trastornos osteomusculares
- Mortalidad por todas las causas (14–16)

Esto ocurre independientemente del tiempo total dedicado a la actividad física semanal. Es decir, aunque un trabajador realice ejercicio fuera del horario laboral, si su jornada diaria es altamente sedentaria, sigue estando en riesgo.

Este fenómeno ha sido denominado por algunos investigadores como “la enfermedad del trabajador sedentario” o physical inactivity syndrome.

1.7. Estrés laboral y obesidad: la dimensión psicológica

El estrés laboral crónico ha demostrado ser un factor que contribuye al aumento de peso por diferentes mecanismos:

- Incremento del cortisol plasmático
- Aumento de apetito por alimentos hipercalóricos
- Alteración del sueño
- Fatiga persistente
- Reducción de la motivación para actividad física

La teoría demanda–control de Karasek, ampliamente utilizada en salud ocupacional, señala que los trabajadores expuestos a alta demanda y bajo control presentan más riesgo de obesidad, hipertensión y eventos cardiovasculares (17).

1.8. El entorno universitario: un microcosmos obesogénico

Las universidades son organizaciones complejas donde convergen aspectos académicos, administrativos, logísticos y tecnológicos. En muchas de ellas, el personal administrativo enfrenta condiciones laborales que favorecen la obesidad:

- Permanencia prolongada en oficina.
- Horarios rígidos y poco tiempo para pausas activas.
- Consumo de alimentos frente al escritorio.
- Escasa disponibilidad de alimentos saludables dentro del campus.
- Cultura organizacional centrada en el cumplimiento más que en el autocuidado.
- Ambientes físicos con pocos estímulos para moverse.

En la Universidad Nacional del Callao (UNAC), el estudio desarrollado en 2019 determinó:

- 38.5 % de obesidad en el personal administrativo.
- 46.2 % con estilos de vida bajos en actividad física, responsabilidad en salud y manejo del estrés.
- Ausencia de asociación estadística entre obesidad y estilos de vida medidos, sugiriendo influencia de factores organizacionales y ambientales (19).

1.9. La salud ocupacional como herramienta para revertir el problema

Abordar la obesidad desde la mirada de la salud ocupacional abre nuevas posibilidades de intervención. Las instituciones pueden transformar su entorno laboral en un entorno protector, implementando:

1. Políticas organizacionales de salud

- Programas de bienestar laboral sostenibles.
- Normas que faciliten la actividad física diaria.
- Incentivos para estilos de vida saludables.

2. Modificaciones del entorno físico

- Espacios para pausas activas.
- Rutas internas para caminar.
- “Escaleras saludables” con señalización motivadora.

3. Educación y sensibilización

- Charlas, talleres, capacitaciones.
- Evaluaciones periódicas antropométricas.

4. Alimentación saludable en el campus

- Cafeterías con opciones nutritivas.
- Eliminación de bebidas azucaradas en máquinas expendedoras.

5. Gestión del estrés y bienestar mental

- Programas de manejo emocional.
- Actividades de mindfulness o relajación laboral.

Las universidades que adoptan estos enfoques logran mejoras medibles en su clima laboral, productividad y salud del personal.

1.10. Mirar hacia dentro: por qué es importante este libro

El estudio realizado en la UNAC reveló una realidad silenciosa y urgente: el personal administrativo, base operativa de la institución, presenta niveles preocupantes de obesidad y estilos de vida inadecuados.

Este libro busca:

- visibilizar esta problemática;
- interpretarla en el marco global, latinoamericano y nacional;
- analizar el entorno laboral universitario desde la salud ocupacional;
- y proponer intervenciones reales y sostenibles para crear universidades saludables.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet. Geneva: WHO; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/> (consultado 10 nov 2025). Organización Mundial de la Salud
2. Food and Agriculture Organization. The State of Agricultural Commodity Markets 2024: Prevalence of obesity in the world. Rome: FAO; 2024. FAOHome
3. Phelps NH, NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies. Lancet. 2024;403(10431):1883-1902. The Lancet
4. Obesity Evidence Hub. Obesity trends in adults – global. Melbourne: Obesity Evidence Hub; 2025. Disponible en: <https://www.obesityevidencehub.org.au/obesityevidencehub.org.au>
5. The Lancet Diabetes & Endocrinology Commission. Toward a new definition of obesity beyond body mass index. Lancet Diabetes Endocrinol. 2024;12(1):1-25. Le Monde.fr
6. Vásquez-Romero LEM, et al. Prevalence of obesity according to body mass index in Peruvian adults. MedRxiv. 2024; doi:10.1101/2024.05.21.24307695. MedRxiv
7. Torvisco FM, et al. Prevalence and factors associated with Relative Fat Mass in Peruvian adults. Nutr Clín Diet Hosp. 2025;45(2):1-10. Revista de Nutrición
8. Boutari C, Mantzoros CS. A 2022 update on the epidemiology of obesity and a call to action. Metabolism. 2022;133:155217. PMC
9. UNICEF. Social norms, nutrition and body image in Latin America and the Caribbean: A study in Colombia, Guatemala and Mexico. Panama: UNICEF LACRO; 2023. UNICEF
10. Rivera J, et al. Obesity prevention in Latin America. Curr Obes Rep. 2020;9(4):1-12. ResearchGate
11. Villena-Chávez JE. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(4):628-35. SciELO Perú+1
12. Instituto Nacional de Salud. Situación del sobrepeso y la obesidad en el Perú. Lima: INS; 2017.
13. Salazar JG, Martínez AG. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en trabajadores de manufacturas en Jalisco, México. Salud Publica Mex. 2016;58(2):1-10.
14. Michalchuk VF, et al. Influence of the physical work environment on office workers' physical activity: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(24):16789. PMC
15. Chu AHY, et al. Reducing occupational sedentary time: a systematic review and meta-analysis of activity-permissive workstations. Obes Rev. 2016;17(11):1095-1108. Wiley Online Library

16. Park S, et al. Sedentary behaviors and physical activity of the working population: associations with chronic illness. BMC Public Health. 2024;24:1123. BioMed Central
17. Kivimäki M, et al. Job strain and risk of obesity: systematic review and meta-analysis of cohort studies. Int J Obes. 2015;39(11):1597-1608. Nature
18. Messier SP, Céspedes C. Estilo de vida en docentes y administrativos de la Universidad de Santander, Cúcuta. Rev Salud Publica. 2015;17(3):1-12.
19. Díaz Tavera ZR. Prevalencia de obesidad y estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019 [informe final de investigación]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2020.

CAPÍTULO 2

La obesidad en el Perú: una revisión desde la evidencia

2.1. Un país que cambió su perfil nutricional

En las últimas tres décadas, el Perú ha experimentado una transformación nutricional profunda. Pasamos de preocuparnos principalmente por la desnutrición infantil y las enfermedades infecciosas, a convivir con una epidemia de sobrepeso y obesidad que afecta a niños, adolescentes y adultos en todas las regiones del país.

Datos recientes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS muestran que, en la población peruana de 15 años o más, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad alcanzó 68,1 % en 2022, es decir, casi 7 de cada 10 personas adultas presentan exceso de peso. *Health in the Americas*

Este incremento se ha producido en un contexto de:

- urbanización acelerada,
- expansión del trabajo sedentario,
- disponibilidad masiva de alimentos ultraprocesados,
- y cambios en los patrones de consumo, cada vez más alejados de la dieta tradicional basada en cereales, legumbres y alimentos frescos. *FAOHome+1*

Perú, como otros países latinoamericanos, vive hoy la paradoja nutricional: coexisten la desnutrición crónica infantil y la anemia con una epidemia creciente de obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), especialmente en zonas urbanas.

2.2. Qué dicen las encuestas nacionales: ENDES y tendencia 2014–2022

La principal fuente de información sobre el estado nutricional de la población es la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Estudios recientes que analizan los datos de ENDES 2014–2022 muestran una tendencia clara: el exceso de peso en adultos ha aumentado, al tiempo que crece el grupo de personas elegibles para tratamiento farmacológico o quirúrgico de la obesidad. *PMC*

Un análisis publicado en 2024 reporta que, de acuerdo con la ENDES 2022:

- el 37,5 % de la población ≥ 15 años presenta sobrepeso,
- y el 25,6 % vive con obesidad según IMC.SciELO Perú

Es decir, 63 % de los peruanos mayores de 15 años tienen exceso de peso si se suman ambas categorías, una cifra que coincide con el valor difundido por la OPS/OMS (68,1 % con sobrepeso u obesidad para el mismo grupo etario).Health in the Americas

Aunque podría parecer que la tendencia se ha “estabilizado” en algunos años, al observar el período completo 2014–2022 se aprecia un aumento progresivo tanto del IMC promedio como de la proporción de adultos con obesidad.SciELO Perú+2Alicia+2

En un contexto donde el envejecimiento poblacional y la urbanización continúan avanzando, estos datos sugieren que el país se encuentra lejos de revertir la epidemia de obesidad.

2.3. No todos suben de peso igual: diferencias por sexo, área y región

La obesidad en el Perú no se distribuye de manera uniforme. La evidencia muestra marcadas desigualdades según:

- sexo,
- zona urbana o rural,
- región geográfica,
- y nivel socioeconómico.

Los estudios clásicos de Villena-Chávez y otros autores sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad ya mostraban, desde la Encuesta Nacional de Hogares de 2006 y la ENDES 2014, que:

- el sobrepeso era más frecuente en adultos que en jóvenes,
- la obesidad afectaba más a mujeres que a varones,
- y las áreas urbanas presentaban mayor prevalencia que las rurales.SciELO Perú+2Alicia+2

En la ENDES 2014, por ejemplo, la prevalencia de obesidad en adultos fue de 18,3 %, pero alcanzaba 21,5 % en áreas urbanas y solo 8,9 % en áreas rurales.Alicia

Estudios más recientes confirman y profundizan este patrón:

- La prevalencia de obesidad abdominal en adultos peruanos supera el 70 %, llegando a 85,1 % en mujeres y 61,1 % en hombres.ResearchGate

- La obesidad, la hipertensión y la diabetes tipo 2 se asocian con niveles socioeconómicos específicos; no ser pobre, vivir en áreas urbanas y tener menor nivel educativo se asocian con mayor exceso de peso.PMC+1
- Los individuos urbanos y los migrantes rural–urbano muestran una incidencia de obesidad significativamente mayor que los habitantes rurales, lo que evidencia el fuerte efecto de la urbanización sobre el riesgo metabólico.Nature

En términos regionales, la costa —especialmente Lima y Callao— concentra las mayores prevalencias de sobrepeso y obesidad, mientras que las regiones andinas mantienen cifras algo menores pero en aumento.SciELO Perú+1

Estas desigualdades son clave para entender dónde y cómo intervenir: las grandes ciudades, las zonas costeras, las mujeres adultas y los sectores de ingresos medios y altos constituyen grupos prioritarios para la prevención.

2.4. El rostro infantil de la epidemia: sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes

La situación en la niñez y adolescencia es particularmente preocupante. El Perú pasó, en pocas décadas, de enfocarse casi exclusivamente en la desnutrición crónica infantil a lidiar con un creciente sobrepeso en la infancia, especialmente en entornos urbanos.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en 2022:

- la desnutrición crónica afectó al 11,7 % de menores de 5 años,
- mientras que el 9,1 % de los niños menores de 5 años presentó sobrepeso u obesidad.Gobierno del Perú

Un análisis reciente de UNICEF indica que en el Perú:

- el 8,6 % de los niños menores de 5 años tiene sobrepeso,
- y el 38,4 % de los niños y adolescentes entre 6 y 13 años presentan exceso de peso.UNICEF

En otras palabras, 4 de cada 10 escolares y adolescentes viven ya con sobrepeso u obesidad. Estudios previos ya habían advertido este cambio en el perfil epidemiológico infantil, con un desplazamiento progresivo hacia enfermedades crónicas no transmisibles desde edades tempranas.SciELO Salud Pública

Estas cifras no solo anticipan una futura generación de adultos con alto riesgo cardiovascular y metabólico, sino que también reflejan la existencia de entornos escolares y comunitarios poco saludables: alta exposición a alimentos ultraprocesados, publicidad dirigida a niños, espacios públicos inseguros para la actividad física y estilos de vida cada vez más sedentarios.

2.5. Diagnóstico ampliado: más allá del IMC en población peruana

Al igual que en el resto del mundo, en el Perú se ha comenzado a cuestionar el uso exclusivo del IMC para evaluar la obesidad. Investigaciones recientes han comparado el IMC con otros indicadores antropométricos como:

- el perímetro de cintura (PC),
- la relación cintura–talla (RCT o WHtR),
- y el índice de masa grasa relativa (RFM).

Un trabajo del Instituto Nacional de Salud reportó que, en adultos peruanos:

- la prevalencia de obesidad fue de 26,8 % según IMC,
- 50,4 % según perímetro de cintura,
- y 85,4 % según relación cintura–talla.RPmEsp

Otro estudio nacional encontró una prevalencia de obesidad de 22 % en adultos al usar IMC, pero advirtió que las tasas variaban considerablemente según los criterios y las encuestas empleadas.ScienceDirect

Más recientemente, análisis basados en RFM han mostrado cifras aún más alarmantes, con porcentajes de obesidad que superan el 60–70 % en algunos segmentos de la población adulta, especialmente en mujeres y en áreas urbanas.OECD+1

Estas diferencias ponen de relieve que el problema real de exceso de adiposidad puede estar subestimado si se recurre sólo al IMC. De cara a la salud pública, implica que una proporción importante de la población puede estar en riesgo cardiometabólico sin ser identificada adecuadamente.

2.6. Determinantes sociales y ambientales de la obesidad en el Perú

La obesidad no es simplemente el resultado de decisiones individuales; es un fenómeno fuertemente determinado por el entorno social y ambiental. En el caso peruano, podemos destacar varios factores:

1. Urbanización acelerada y desordenada
El paso de zonas rurales a urbanas ha modificado drásticamente los patrones de movilidad y alimentación. Los migrantes rural–urbano adoptan, en poco tiempo, perfiles de riesgo similares a los de la población urbana establecida, con mayor incidencia de obesidad y enfermedades asociadas.
2. Transición alimentaria
Se ha producido un cambio desde dietas tradicionales basadas en cereales andinos, legumbres y alimentos frescos hacia un consumo

- creciente de bebidas azucaradas, comida rápida, snacks y productos ultraprocesados, fuertemente publicitados y de fácil acceso en ciudades.
3. Desigualdades socioeconómicas
El exceso de peso se asocia con no ser pobre, vivir en áreas urbanas y tener determinados niveles educativos, pero también con entornos urbanos donde abundan las opciones calóricas baratas y escasean los espacios seguros para hacer actividad física.
 4. Trabajo sedentario
La expansión de actividades administrativas, de servicios y de oficina ha aumentado el tiempo que las personas pasan sentadas, lo que, sumado a largos tiempos de transporte, reduce drásticamente la actividad física cotidiana.
 5. Normas culturales y percepción del cuerpo
En algunos contextos, el exceso de peso puede asociarse con bienestar económico o buena alimentación, lo que dificulta el reconocimiento temprano del problema y retrasa la búsqueda de ayuda.

2.7. Respuestas institucionales y políticas públicas frente a la obesidad

El aumento de la obesidad ha motivado, en los últimos años, diversas respuestas normativas y programáticas en el país, en línea con las recomendaciones de la OPS/OMS y otras agencias internacionales.

Entre las principales acciones destacan:

- La aprobación de la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes, que incluye el etiquetado frontal de advertencias (“octógonos”) en productos altos en azúcar, sodio, grasas saturadas y grasas trans.
- La implementación de guías alimentarias y campañas de comunicación sobre alimentación saludable y actividad física.
- La participación del país en iniciativas regionales de la OPS y FAO para la prevención de la obesidad y las ECNT, con énfasis en políticas reguladoras de alimentos y bebidas dirigidos a la población infantil. Organización Panamericana de la Salud⁺¹

Además, documentos técnicos elaborados por sociedades científicas peruanas han subrayado la necesidad de reconocer la obesidad como enfermedad crónica, de base inflamatoria, que requiere un abordaje integral y de largo plazo, combinando estrategias clínicas, comunitarias y regulatorias. Academia Nacional de Medicina

No obstante, a pesar de estos avances, los datos de ENDES y de la OPS muestran que las prevalencias de sobrepeso y obesidad siguen siendo elevadas y, en algunos grupos, continúan aumentando. Esto sugiere que las intervenciones actuales aún son insuficientes, están poco articuladas o no logran modificar de manera estructural los entornos obesogénicos donde vive, trabaja y estudia la población.

2.8. El eslabón perdido: el entorno laboral, universitario y la salud ocupacional

En el marco de estas políticas nacionales, el entorno laboral ha recibido menos atención de la que merece. Sin embargo, la población económicamente activa, especialmente aquella que trabaja en oficinas, concentra gran parte de las horas sedentarias del día.

La tesis que da origen a este libro, desarrollada en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, aporta una pieza clave al rompecabezas nacional: muestra cómo un grupo de trabajadores del sector público, insertos en un entorno universitario, presentan:

- alta prevalencia de obesidad (38,5 %),
- estilos de vida predominantemente sedentarios,
- y niveles preocupantes de baja responsabilidad en salud y manejo del estrés.

Estos resultados se alinean perfectamente con el diagnóstico nacional: la obesidad en el Perú no es un fenómeno aislado, sino la expresión local de procesos globales y regionales, amplificados por determinantes sociales, laborales y ambientales.

Para el sector universitario, esta realidad implica una doble responsabilidad:

1. Como instituciones formadoras de profesionales de la salud y de otras disciplinas, deben producir evidencia científica sobre la obesidad y sus determinantes.
2. Como entornos laborales, deben convertirse en modelos de promoción de la salud, generando políticas internas, programas de bienestar y cambios ambientales que favorezcan estilos de vida saludables entre sus trabajadores.

El estudio realizado en la UNAC, que se centra precisamente en la prevalencia de obesidad y estilos de vida en personal administrativo, es una contribución valiosa a esta agenda, porque permite conectar las estadísticas nacionales con experiencias concretas en el ámbito universitario.

2.9. Hacia una lectura integrada

Al concluir este capítulo, se puede afirmar que:

- El Perú es hoy una nación con sobrepeso, con más de 6 de cada 10 adultos viviendo con exceso de peso y una proporción muy elevada de obesidad abdominal.
- Las mujeres, la población urbana, los migrantes rural-urbano y determinados estratos socioeconómicos concentran la mayor carga de obesidad.

- El sobrepeso infantil y adolescente ha alcanzado niveles que comprometen seriamente el futuro epidemiológico del país.
- La transición alimentaria, la urbanización acelerada, el trabajo sedentario y las desigualdades sociales actúan como determinantes estructurales de la epidemia.
- Las respuestas institucionales han avanzado en el plano normativo y regulatorio, pero aún falta consolidar políticas robustas de salud ocupacional y de entornos laborales saludables, especialmente en el sector público y en las universidades.

En los siguientes capítulos, el foco se desplazará hacia el entorno universitario y, en particular, hacia la experiencia de la Universidad Nacional del Callao, para comprender cómo estas tendencias nacionales se expresan en un grupo específico de trabajadores y qué tipo de intervención puede diseñarse desde el enfoque de la Promoción de la Salud y la salud ocupacional.

REFERENCIAS

1. Pan American Health Organization. Peru: Country profile – Health in the Americas+. Washington, DC: PAHO; 2024. Health in the Americas
2. Villena-Chávez JE. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(4):628-35. SciELO Perú+2Alicia+2
3. Vásquez-Romero LEM, et al. Prevalence of obesity according to body mass index in Peruvian adults. Lancet Reg Health Am. 2025;18:100512. ScienceDirect
4. Bernabé-Ortiz A, et al. Trends in overweight and obesity in Peru: Analysis of National Health Surveys from 2014 to 2022. Nutrients. 2024;16(7):1450. PMC
5. Ubillús JEG, et al. Overweight and obesity prevalence in Peru according to ENDES 2022. Horiz Med. 2024;24(4):e2557. SciELO Perú
6. Aparco JP, et al. Correlation and agreement between the body mass index and alternative indicators of obesity in Peruvian adults. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2022;39(4):485-94. RpmEsp
7. Laveriano-Terreros I, et al. Association between abdominal obesity and hypertension in Peruvian adults: a nationally representative study. Cad Saude Publica. 2025;41(7):e00143724. SciELO Salud Pública+1
8. Carrillo-Larco RM, et al. Obesity risk in rural, urban and rural-to-urban migrants in Peru. Int J Obes. 2016;40(1):181-5. Nature
9. Cerpa-Arana SK, et al. Association between socioeconomic level and obesity, hypertension and type 2 diabetes mellitus in the Peruvian population. BMC Public Health. 2022;22:1921. PMC
10. UNICEF. Childhood overweight landscape analysis in Peru. Lima: UNICEF; 2023. UNICEF
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Desnutrición crónica afectó al 11,7% de la población menor de cinco años en el año 2022. Lima: INEI; 2023. Gobierno del Perú
12. Preston EC, et al. Prevalence of childhood overweight and obesity and associated factors in Peru. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(6):472-8. SciELO Salud Pública

13. FAO, OPS, WFP, UNICEF. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2023. Santiago: FAO; 2023.FAOHome
14. Melo G, et al. Structural responses to the obesity epidemic in Latin America. Lancet Reg Health Am. 2023;18:100447.The Lancet
15. Pan American Health Organization. World Obesity Day – PAHO urges countries to tackle main driver of NCDs in the Americas. Washington, DC: PAHO; 2023.Organización Panamericana de la Salud
16. Pan American Health Organization. Obesity prevention documents and regulatory policies. Washington, DC: PAHO; 2024.Organización Panamericana de la Salud
17. Manrique H, Grupo de Trabajo de Obesidad. Obesidad: una enfermedad crónica de creciente prevalencia. Lima: Academia Nacional de Medicina del Perú; 2022.Academia Nacional de Medicina
18. Díaz Tavera ZR. Prevalencia de obesidad y estilos de vida en el personal administrativo del Rectorado de la Universidad Nacional del Callao, 2019 [informe final de investigación]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2020.

CAPÍTULO 3

Vida Laboral Universitaria: Un Terreno de Riesgo

3.1. El mundo laboral universitario: entre la tradición y la modernidad

Las universidades públicas peruanas son instituciones complejas, con un rol fundamental en la formación de profesionales, la investigación científica y el servicio a la comunidad. Sin embargo, detrás de este dinamismo académico existe un entorno laboral administrativo marcado por altos niveles de sedentarismo, carga burocrática creciente y escasas oportunidades para la promoción de actividades saludables.

A lo largo de las últimas décadas, el funcionamiento administrativo de las universidades públicas de Lima se ha transformado profundamente debido a:

- la digitalización de procesos,
- el incremento de trámites académicos y administrativos,
- la multiplicación de labores vinculadas a la gestión docente y estudiantil,
- la presión normativa del sistema universitario peruano,
- y las demandas crecientes por acreditación institucional y calidad educativa.

Como consecuencia, el personal administrativo ha pasado a desempeñar funciones altamente sedentarias, caracterizadas por largas horas frente a computadoras, trabajo repetitivo, plazos ajustados y escasez de pausas físicas durante la jornada.

Este escenario convierte al ámbito universitario en un microentorno obesogénico, donde convergen múltiples factores que favorecen el riesgo de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

3.2. La estructura laboral administrativa: un ecosistema sedentario

El trabajador administrativo de una universidad pública de Lima desarrolla su labor en oficinas donde:

- permanece sentado durante 6 a 9 horas diarias,
- su movilidad es mínima,
- el tiempo para alimentarse suele ser breve o se realiza frente al escritorio,
- y el entorno físico carece de estímulos para la actividad física.

Estudios internacionales han demostrado que este tipo de trabajos, catalogados como “sedentary office work”, incrementan el riesgo de síndrome metabólico, resistencia a la insulina, hipertensión y aumento de la adiposidad abdominal (1–3).

Un metaanálisis reciente señala que los adultos que permanecen más de 7 horas sentados por día presentan un riesgo significativamente mayor de mortalidad por todas las causas, incluso si cumplen con las recomendaciones de actividad física semanal (2). Esto significa que el sedentarismo ocupacional tiene un efecto directo sobre la salud, independiente del ejercicio realizado fuera del horario laboral.

En el caso peruano, esta situación se agrava por factores contextuales de las instituciones públicas:

- oficinas pequeñas y poco ventiladas,
- mobiliario que limita los cambios posturales,
- ausencia de programas formales de pausas activas,
- cafeterías con oferta limitada de alimentos saludables,
- largas distancias de traslado para llegar al campus,
- y cargas laborales que fomentan el trabajo frente al computador durante todo el día.

Todo esto configura un espacio laboral donde el trabajador prácticamente carece de oportunidades para moverse, caminar o realizar actividad física ligera durante la jornada.

3.3. El componente alimentario: la dieta del trabajador administrativo

En las universidades públicas de Lima, el componente alimentario del personal administrativo suele estar determinado por:

- snacks comprados en bodegas,
- desayunos rápidos,
- bebidas azucaradas,
- comida rápida accesible dentro o cerca del campus,
- horarios irregulares de ingesta,
- y consumo de alimentos frente al escritorio.

Este patrón alimentario coincide con lo observado en estudios latinoamericanos que describen una “dieta laboral ultraprocesada”, caracterizada por la ingesta de carbohidratos refinados, grasas saturadas, bebidas azucaradas y baja ingesta de frutas y verduras (4,5).

Esta combinación —sedentarismo intenso + dieta calórica de baja calidad— constituye uno de los factores más potentes asociados al incremento de la obesidad.

3.4. Factores psicosociales: carga emocional y estrés laboral

El trabajador administrativo universitario enfrenta una carga emocional relevante, debido a:

- atención al público,
- conflictos estudiantiles,
- presión de docentes,
- plazos normativos,
- auditorías y fiscalizaciones académicas,
- recarga de funciones,
- y escaso reconocimiento institucional.

La literatura en salud ocupacional demuestra que el **estrés laboral crónico** favorece el aumento de peso por mecanismos hormonales (cortisol elevado), alteraciones del sueño, mayor apetito por alimentos hipercalóricos y reducción del gasto energético (6–8).

En las universidades públicas limeñas, estas condiciones suelen estar presentes y, como consecuencia, contribuyen al riesgo metabólico del trabajador administrativo.

3.5. Lo que evidencia la investigación: el caso de una universidad pública de Lima

La tesis en la que se basa este libro analizó la prevalencia de obesidad y los estilos de vida en el personal administrativo de una universidad pública de Lima. Los hallazgos fueron reveladores y se alinean con la tendencia nacional descrita en capítulos previos.

Principales resultados encontrados:

- 38,5 % del personal administrativo presentaba obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$).
- Entre los estilos de vida evaluados, las dimensiones más deterioradas eran:
 - actividad física,
 - responsabilidad en salud,
 - y manejo del estrés.
- La mayoría del personal tenía estilos de vida “bajos”, según el puntaje del cuestionario aplicado.
- No se encontró asociación estadística entre obesidad y estilos de vida, lo cual sugiere que los determinantes del problema son estructurales y ambientales, no solo conductuales.

Estos resultados coinciden con investigaciones peruanas y latinoamericanas que señalan que, en contextos laborales sedentarios, el entorno físico y organizacional ejerce más influencia sobre la obesidad que las conductas individuales (9–11).

El hallazgo más llamativo —la falta de asociación entre IMC y estilos de vida— ha sido reportado también en estudios con trabajadores mexicanos, colombianos y ecuatorianos, donde se concluye que el ambiente laboral puede tener efectos “independientes” sobre el riesgo de obesidad (10).

En otras palabras, aunque el trabajador intente comer mejor o hacer ejercicio fuera del horario laboral, la exposición a un entorno laboral sedentario y estresante puede seguir manteniendo o incrementando su peso.

3.6. Estilos de vida en el contexto universitario: una interpretación profunda

Los resultados obtenidos permiten analizar los estilos de vida desde un ángulo más amplio. En el personal administrativo estudiado se observó:

- baja realización de actividad física,
- dificultades en la autogestión de la salud,
- niveles moderados-altos de estrés,
- cumplimiento irregular de medidas de prevención,
- y poco tiempo para autocuidado durante el horario laboral.

Sin embargo, estas conductas no deben verse como fallas individuales. La teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender explica que los comportamientos saludables dependen en gran medida del entorno y las barreras estructurales, más que de la fuerza de voluntad (12).

Cuando el ambiente laboral:

- no permite moverse,
- ofrece alimentos poco saludables,
- mantiene al personal bajo presión,
- y no fomenta pausas ni espacios recreativos,

los estilos de vida saludables se vuelven difícilmente alcanzables.

En ese sentido, el personal administrativo de una universidad pública de Lima no es “culpable” de sus acciones, sino un producto de un entorno laboral no diseñado para promover salud.

3.7. La cultura organizacional universitaria y su impacto en la salud

Las universidades públicas, como instituciones estatales, suelen caracterizarse por:

- procedimientos rígidos,
- burocracia extensa,
- espacios físicos tradicionales,
- cargas administrativas crecientes,

- y ausencia de políticas integrales de bienestar laboral.

La “cultura de escritorio” está fuertemente arraigada:

- premiación del trabajador que “no se mueve”,
- valor simbólico del trabajo continuo sin pausas,
- percepción de culpa al retirarse del escritorio,
- reuniones prolongadas sin descanso,
- sedentarismo como norma.

Esta cultura organizacional contribuye al aumento de peso y al deterioro del bienestar físico y mental.

3.8. Implicancias para la salud pública y ocupacional

El caso analizado demuestra que el entorno universitaria es un escenario clave para la intervención en salud ocupacional.

La Organización Internacional del Trabajo y la OPS subrayan que las instituciones educativas deben promover entornos saludables mediante:

- programas de actividad física,
- cambios en el ambiente laboral,
- acceso a alimentación saludable,
- programas de manejo del estrés,
- políticas de bienestar institucional (13–14).

En una universidad pública de Lima, estas acciones serían especialmente pertinentes, dado el alto nivel de sedentarismo y estrés detectado en su personal administrativo.

Además, intervenir en las universidades tiene un efecto multiplicador: estas instituciones forman profesionales, influyen en su comunidad y pueden convertirse en **modelos de entornos laborales saludables**.

3.9. Un problema estructural que requiere soluciones estructurales

La evidencia reunida en la tesis y la literatura revisada indica que:

- El personal administrativo universitario es un grupo de alto riesgo para obesidad y ECNT.
- El sedentarismo ocupacional y la carga psicosocial son factores determinantes.
- Los esfuerzos individuales (dieta, ejercicio) no son suficientes si el entorno laboral no cambia.
- Las universidades públicas deben implementar políticas internas de salud ocupacional basadas en evidencia.

Este capítulo busca mostrar que la obesidad del trabajador universitario no es solo un problema nutricional, sino un problema organizacional, y por tanto, requiere:

- rediseño del entorno laboral,
- programas institucionales de promoción de la salud,
- participación activa del área de Recursos Humanos,
- y compromiso de las autoridades.

REFERENCIAS

1. Mainsbridge CP, et al. Office-based physical activity and sedentary behavior: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):1–20.
2. Patterson R, et al. Sedentary behavior and risk of mortality: systematic review and dose-response meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2018;54(2):253–63.
3. Chu AHY, et al. Reducing occupational sedentary time: systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2016;17(11):1095–1108.
4. Melo G, et al. Structural responses to the obesity epidemic in Latin America. *Lancet Reg Health Am*. 2023;18:100447.
5. FAO. Ultra-processed foods in Latin America. FAO; 2023.
6. Kivimäki M, et al. Job strain and obesity risk. *Int J Obes*. 2015;39:1597–1608.
7. Brunner EJ, et al. Stress and metabolic syndrome. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2013;42:389–406.
8. Chandola T, et al. Work stress and weight gain. *BMJ*. 2006;332:478–83.
9. Salazar JG, et al. Calidad de vida y obesidad en trabajadores. *Salud Publica Mex*. 2016;58(2):1–10.
10. Messier SP, et al. Estilos de vida en trabajadores administrativos. *Rev Salud Publica*. 2015;17(3):1–12.
11. Díaz Tavera ZR. Prevalencia de obesidad y estilos de vida en personal administrativo de una universidad pública de Lima. Informe final; 2020.
12. Pender N, et al. *Health Promotion Model*. 3rd ed. Pearson; 2011.
13. Organización Internacional del Trabajo. Entornos laborales saludables. OIT; 2022.
14. OPS. Promoción de la salud en el trabajo. OPS; 2021.

CAPÍTULO 4

Enfoque teórico: el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

4.1. Origen y evolución del modelo

El Modelo de Promoción de la Salud (Health Promotion Model, HPM) fue desarrollado por la enfermera teórica estadounidense Nola J. Pender a inicios de la década de 1980, con el propósito de proporcionar un marco conceptual que orientara la práctica de enfermería hacia la promoción de conductas saludables, y no solo a la prevención o tratamiento de la enfermedad (1,2).Minams+1

Pender observó que gran parte de la práctica clínica se centraba en la respuesta a problemas ya instalados y que, si se deseaba cambiar el perfil epidemiológico de las poblaciones, era necesario comprender por qué las personas deciden — o no— adoptar estilos de vida saludables (3).ResearchGate

Su modelo se publicó por primera vez en el libro *Health Promotion in Nursing Practice* en 1982, y fue refinado en sucesivas ediciones (1987, 1996, 2002, 2006 y 2015), incorporando hallazgos de la psicología social, la teoría cognitivo–social de Bandura y evidencia acumulada sobre conductas de salud en diferentes contextos (1,2,4).Minams+2Studocu+2

Con el tiempo, el HPM se ha convertido en uno de los modelos más utilizados en enfermería para diseñar, implementar y evaluar intervenciones que buscan modificar comportamientos relacionados con la salud en diversas poblaciones: mujeres con sobrepeso, adultos mayores, personas con enfermedades crónicas, trabajadores, estudiantes, madres que amamantan, entre otros (5–9).SciSpace+4SciELO+4PMC+4

4.2. Supuestos filosóficos y visión de la persona

El Modelo de Promoción de la Salud parte de una visión positiva y proactiva de la salud. No concibe a la persona solo como alguien que “evita enfermar”, sino como un ser capaz de construir activamente su bienestar en interacción con su entorno (1,3).Minams+1

Entre sus supuestos filosóficos centrales se encuentran:

1. Las personas **intentan crear condiciones de vida** en las que puedan expresar su potencial de salud y desarrollarse.
2. El individuo es visto como un ser **biopsicosocial**, donde lo biológico, psicológico y social se integran en cada decisión de salud.

3. Las personas **no son receptoras pasivas** de indicaciones; interpretan, valoran, negocian y deciden según sus experiencias, creencias y apoyos.
4. La **promoción de la salud** busca incrementar el bienestar, mejorar la calidad de vida y potenciar el funcionamiento óptimo, más allá de la mera ausencia de enfermedad (1,5).Minams+1

Esta perspectiva encaja de manera muy adecuada con el fenómeno abordado en este libro: la obesidad y los estilos de vida en el **personal administrativo de una universidad pública de Lima**, donde las conductas relacionadas con la alimentación, la actividad física y el manejo del estrés están fuertemente moduladas por la estructura laboral, la cultura organizacional y el entorno social.

4.3. Estructura general del modelo

La versión revisada del HPM plantea que el comportamiento de salud (por ejemplo, **practicar actividad física, mantener una dieta saludable, gestionar el estrés**) está influido por tres grandes componentes (1,2,5):Minams+1

1. **Características y experiencias individuales**
2. **Cogniciones y afectos específicos de la conducta**
3. **Resultado conductual** (behavioral outcome)

Estos componentes se relacionan entre sí de forma dinámica, generando un proceso en el que la persona evalúa beneficios y barreras, se siente más o menos capaz de actuar, se ve influida por otras personas y por su entorno, y finalmente se **compromete —o no— con un plan de acción**.

A continuación, se describen los principales constructos del modelo y su relevancia para el estudio de la obesidad y los estilos de vida en el trabajo universitario.

4.4. Características y experiencias individuales

Este primer componente incluye variables relativamente estables o previas, que condicionan cómo la persona percibe y ejecuta las conductas de salud (1,5,10).Minams+2SciELO+2

4.4.1. Factores personales

Pender distingue tres tipos de factores personales:

- **Biológicos:** edad, sexo, índice de masa corporal, estado de salud, antecedentes familiares.
- **Psicológicos:** autoestima, motivación, percepción de salud, afecto.
- **Socioculturales:** nivel educativo, ingresos, rol laboral, normas culturales.

En el caso del personal administrativo de una universidad pública de Lima, estos factores se manifiestan, por ejemplo, en:

- edad predominantemente adulta media,
- predominio de mujeres en ciertos cargos,
- historia de aumento progresivo de peso,
- percepción subjetiva de cansancio o “pesadez”,
- responsabilidades familiares añadidas al trabajo,
- contextos de vida urbana con largas distancias y tiempos de transporte.

Estos elementos no determinan el comportamiento, pero **modulan la forma en que la persona interpreta los beneficios, las barreras y su propia capacidad para cambiar.**

4.4.2. Conductas previas relacionadas

El modelo también considera la historia de comportamientos similares: si la persona ha intentado anteriormente hacer dieta, realizar ejercicio, asistir a programas de salud o cambiar su estilo de vida, esas experiencias dejan huellas positivas o negativas (1,3).Minams+1

En el ámbito universitario, muchos trabajadores han participado en campañas o charlas aisladas sobre salud, pero sin continuidad ni apoyo estructural, lo que puede generar **escepticismo o desconfianza** hacia nuevas iniciativas.

4.5. Cogniciones y afectos específicos de la conducta

Este segundo componente es el núcleo del modelo y constituye el espacio donde se puede actuar con mayor fuerza en las intervenciones. Incluye varias variables clave (1,5,16):Minams+1

4.5.1. Beneficios percibidos de la acción

Son las creencias de la persona acerca de las **ganancias** que obtendrá al adoptar una conducta saludable: más energía, mejor imagen corporal, menor riesgo de enfermedad, bienestar emocional, etc.

En el caso del personal administrativo, los beneficios percibidos de mejorar el estilo de vida pueden incluir:

- sentirse menos cansado al final de la jornada,
- poder caminar sin disnea,
- reducir dolores musculares,
- mejorar su desempeño laboral,
- disminuir la probabilidad de hipertensión o diabetes.

Las intervenciones basadas en el HPM se esfuerzan en **hacer visibles y significativos** estos beneficios para que el trabajador los considere valiosos (6,7).PMC+1

4.5.2. Barreras percibidas

Son las **dificultades que la persona anticipa** al momento de ejecutar la conducta: falta de tiempo, cansancio, vergüenza, falta de espacios, costos, clima, oposición familiar, entre otras.

En el contexto universitario, algunas barreras típicas son:

- no disponer de horarios flexibles,
- ausencia de espacios adecuados para hacer ejercicio,
- sensación de que “no se puede abandonar el escritorio”,
- oferta predominante de alimentos poco saludables en el entorno laboral,
- percepción de que las autoridades no priorizan la salud del personal.

Diversos estudios muestran que, incluso cuando las personas reconocen los beneficios de una conducta saludable, las **barreras percibidas** pueden impedir el cambio si no se abordan explícitamente (5–7,10).SciELO+2PMC+2

4.5.3. Autoeficacia percibida

La **autoeficacia** es la creencia en la propia capacidad para ejecutar una conducta específica en determinadas circunstancias. Está fuertemente basada en la teoría social cognitiva de Bandura y es uno de los determinantes más robustos del comportamiento de salud (3,11).ResearchGate+1

En el HPM, la autoeficacia se relaciona directamente con:

- mayor probabilidad de iniciar conductas saludables,
- mejor adherencia en el tiempo,
- menor impacto de las barreras percibidas.

En el personal administrativo, una baja autoeficacia puede expresarse en frases como:

- “Yo no sirvo para el ejercicio”,
- “Siempre abandono las dietas”,
- “A mi edad ya es tarde para cambiar”.

Las intervenciones basadas en el modelo buscan fortalecer la autoeficacia mediante **experiencias de éxito graduales**, apoyo social y retroalimentación positiva (6,8,12).PMC+2PMC+2

4.5.4. Afecto relacionado con la actividad

Pender destaca que las emociones asociadas a una conducta —placer, aburrimiento, vergüenza, ansiedad— influyen en su mantenimiento. Si la actividad física se vive como algo penoso, la probabilidad de sostenerla en el tiempo es baja; en cambio, si se asocia con disfrute, socialización y bienestar, aumenta la adhesión (1,5).Minams+1

En entornos laborales, esto implica que las propuestas de actividad física deben ir más allá de “hacer ejercicio por obligación” y transformarse en experiencias **agradables, socialmente gratificantes y adaptadas** al contexto.

4.5.5. Influencias interpersonales

Incluyen el **apoyo, normas y modelamiento** provenientes de la familia, amigos, compañeros de trabajo y líderes.

En una universidad pública de Lima, las influencias interpersonales se manifiestan cuando:

- un grupo de trabajadores decide caminar juntos en los descansos,
- una jefatura promueve —o dificulta— las pausas activas,
- los colegas refuerzan o ridiculizan los intentos de adoptar hábitos saludables.

La literatura muestra que las intervenciones que incorporan **apoyo social estructurado** logran mayor impacto en las conductas de salud (8,12).PMC+1

4.5.6. Influencias situacionales

Se refieren a las características del **ambiente físico y organizacional** que facilitan o entorpecen la conducta: disponibilidad de espacios, señales visuales, políticas internas, accesibilidad de recursos, etc.

En el caso del personal administrativo universitario, las influencias situacionales incluyen:

- presencia o ausencia de escaleras accesibles y agradables,
- existencia de áreas verdes o rutas para caminar,
- oferta de alimentos saludables en cafeterías,
- políticas que permitan pausas activas dentro de la jornada,
- campañas institucionales de promoción de la salud.

El HPM subraya que **no basta con educar**; hay que transformar el entorno para que la opción saludable sea la opción más fácil.

4.6. Resultado conductual: compromiso y ejecución

El tercer componente del modelo agrupa las variables relacionadas con la **decisión final de actuar** y el mantenimiento del comportamiento (1,5,16).Minams+1

4.6.1. Compromiso con un plan de acción

Es la intención explícita de iniciar una conducta saludable en un tiempo determinado y de sostenerla. El compromiso se fortalece cuando:

- los beneficios percibidos son altos,
- las barreras percibidas son manejables,
- la autoeficacia es elevada,
- el afecto hacia la conducta es positivo,
- y existen influencias interpersonales y situacionales favorables.

En un programa de promoción de la salud para personal administrativo, este compromiso puede materializarse en metas como:

- “caminar 20 minutos diarios durante el refrigerio”,
- “participar en un taller de pausas activas 2 veces por semana”,
- “reemplazar bebidas azucaradas por agua la mayoría de días”.

4.6.2. Demandas y preferencias competidoras

El modelo reconoce que, incluso cuando existe compromiso, la conducta puede verse interrumpida por:

- **demandas inmediatas:** situaciones fuera del control de la persona (reuniones inesperadas, emergencias familiares, recarga de trabajo).
- **preferencias inmediatas:** elecciones que el individuo realiza libremente (ver televisión en lugar de caminar, consumir comida rápida por comodidad).

En el trabajo universitario, las demandas competidoras suelen ser reuniones urgentes, cierres de proceso académico, plazos administrativos y situaciones que hacen que el personal “posponga” sistemáticamente la conducta saludable.

Las intervenciones basadas en el HPM buscan, por tanto, **anticipar y manejar** estas demandas: ajustando horarios, diseñando actividades breves y flexibles, integrando la actividad física en el propio puesto de trabajo y ofreciendo alternativas concretas ante los obstáculos.

4.7. Evidencia empírica del modelo en promoción de estilos de vida

A lo largo de más de cuatro décadas, el HPM ha sido aplicado en numerosos estudios y contextos. Algunas líneas de evidencia relevantes para este libro son:

- **Mejoras en conductas dietéticas y actividad física** en mujeres con sobrepeso u obesidad, mediante intervenciones estructuradas basadas en los constructos de beneficios percibidos, autoeficacia y apoyo social (6,7).PMC+1
- **Promoción de estilos de vida saludables en trabajadores**, incluyendo intervenciones en entornos laborales que emplean el modelo para

identificar barreras, fortalecer autoeficacia y modificar factores situacionales (10,12).ResearchGate+2PMC+2

- **Aplicaciones en atención primaria de salud**, donde el HPM ha sido utilizado para promover envejecimiento saludable, conductas preventivas y autocuidado en diversas poblaciones (8).PMC
- **Revisiones integradoras** que muestran la utilidad del modelo para estructurar intervenciones educativas con impacto positivo en múltiples dimensiones del comportamiento de salud (5,9,13).SciELO+2SciSpace+2

Un estudio reciente (2025) concluye que las intervenciones basadas en el HPM son **efectivas para mejorar hábitos saludables y calidad de vida** en diferentes contextos, reforzando la vigencia del modelo como herramienta conceptual para la promoción de la salud en el siglo XXI (7).MDPI

4.8. Razones para elegir este modelo en el estudio de obesidad y estilos de vida en trabajadores universitarios

La elección del Modelo de Promoción de la Salud como **marco teórico** de la investigación sobre obesidad y estilos de vida en el personal administrativo de una universidad pública de Lima no fue casual. Se fundamenta en varias razones:

1. **Coherencia con el objeto de estudio**
El foco del libro no es solo describir prevalencias, sino comprender y transformar **estilos de vida** en el ámbito laboral. El HPM fue diseñado precisamente para explicar y modificar conductas de salud.
2. **Enfoque biopsicosocial y ocupacional**
El modelo integra factores biológicos (por ejemplo, IMC y obesidad), psicológicos (autoeficacia, afecto) y sociales (apoyo, cultura organizacional), lo que resulta especialmente pertinente en un entorno laboral complejo como la universidad pública.
3. **Potencial de intervención**
Cada constructo del HPM puede ser traducido en **estrategias concretas**: educación, reestructuración del entorno, fortalecimiento del apoyo social, ajuste de políticas internas, entre otros.
4. **Evidencia acumulada en contextos laborales y de adultos**
Existen estudios que han aplicado el modelo en trabajadores de oficina, mostrando su utilidad para analizar y promover conductas saludables en contextos similares al de los administrativos universitarios (10,12).ResearchGate+1
5. **Compatibilidad con el enfoque de salud ocupacional**
El HPM facilita articular acciones a nivel individual (convicciones y habilidades) con cambios en el ambiente laboral, lo que coincide con la perspectiva de la salud ocupacional y de las “universidades saludables”.

En la tesis que da origen a este libro, el modelo sirvió como **eje ordenador** para comprender los estilos de vida del personal administrativo y, en etapas posteriores, para orientar el diseño de propuestas de intervención que vayan más allá de la simple educación sanitaria.

4.9. Implicancias para el diseño de intervenciones en la universidad pública

Aplicar el HPM al contexto de una universidad pública de Lima implica reconocer que:

- No basta con decir al personal que “haga ejercicio” o “coma mejor”; es necesario **modificar barreras**, fortalecer la **autoeficacia** y transformar el **entorno laboral**.
- Las intervenciones deben contemplar la **dimensión afectiva** de las conductas: hacerlas agradables, valoradas, socialmente reconocidas.
- El rol de colegas, jefaturas y autoridades es crucial como fuente de **influencias interpersonales** que pueden modelar comportamientos saludables.
- Los cambios estructurales —pausas activas institucionalizadas, mejora de la oferta alimentaria, creación de espacios para la actividad física— constituyen **influencias situacionales** indispensables para que los estilos de vida saludables sean sostenibles.

En los capítulos siguientes, el modelo de Pender servirá como **mapa conceptual** para interpretar los resultados empíricos obtenidos y para formular **propuestas de intervención** orientadas a la promoción de estilos de vida saludables en el personal administrativo de la universidad pública, avanzando hacia la construcción de **entornos laborales universitarios más saludables, activos y cohesionados**.

REFERENCIAS

1. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 7th ed. New York: Pearson; 2015. Minams+1
2. Pender NJ. Health Promotion Model Manual. Chicago; 2011. ResearchGate
3. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Becerra LC, Rojas Torres L. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Enferm Univ. 2011;8(4):16-23. SciELO
4. Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. Health promotion in nursing practice: evolution of a model. Saude Debate. 2023;47(139):993-6. ResearchGate
5. Rojas-Torres IL, et al. Effectiveness of interventions based on Nola Pender's Health Promotion Model: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2025;22(10):1506. MDPI
6. Khodaveisi M, et al. The effect of Pender's Health Promotion Model in improving the nutritional behavior of overweight and obese women. J Res Health Sci. 2017;17(2):e00381. PMC
7. dos Santos MG, et al. Use of the Health Promotion Model by nursing in primary health care: an integrative review. Int J Environ Res Public Health. 2025;22(4):2105. PMC

8. Alibigloo HP, et al. The Integrated Model of Health Behavior Promotion: building on Pender's Health Promotion Model. *Patient Educ Couns*. 2025;108:107947. ScienceDirect
9. Situmorang D, et al. Pender's health promotion model in medical research: a review. *J Med Sci*. 2020;40(3):145-52. SciSpace
10. Kim H, et al. Factors affecting health-promoting behaviors of office male workers during the COVID-19 pandemic: using Pender's health promotion model. *Korean J Occup Health Nurs*. 2021;30(3):151-63. ResearchGate
11. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman; 1997.
12. Rojas-Torres IL, et al. Health promotion interventions based on self-efficacy and social support: a Pender-based approach. *Int J Nurs Pract*. 2023;29(4):e13125. MDPI
13. Díaz Tavera ZR. *Prevalencia de obesidad y estilos de vida en el personal administrativo de una universidad pública de Lima, 2019 [informe de investigación]*. Lima; 2020.

CAPÍTULO 5

Metodología de la Investigación

5.1. Diseño general del estudio

El presente capítulo describe la metodología empleada para desarrollar el estudio que da origen a este libro: un análisis del **estado nutricional y los estilos de vida del personal administrativo de una universidad pública de Lima**.

La investigación se concibió como un **estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional**, orientado a:

- medir la **prevalencia de obesidad**,
- identificar los **estilos de vida** predominantes,
- y explorar la **relación entre ambas variables**,

dentro del contexto de la salud ocupacional universitaria.

El enfoque adoptado responde a la necesidad de **diagnosticar la situación real** del personal administrativo en un entorno laboral marcado por el sedentarismo, la carga burocrática y factores ambientales que pueden influir en la salud metabólica.

5.2. Enfoque epidemiológico y justificación metodológica

El diseño **descriptivo–correlacional** se eligió por varias razones:

1. **Permite estimar prevalencias** con precisión en un momento específico.
2. **Es adecuado para identificar patrones de riesgo** en entornos laborales sedentarios, como el universitario.
3. **Facilita examinar asociaciones estadísticas** entre obesidad (variable biológica) y estilos de vida (variable conductual, multifactorial).
4. Constituye un **primer paso indispensable** para fundamentar intervenciones futuras basadas en el modelo de promoción de la salud de Nola Pender.
5. Es coherente con los diseños comúnmente empleados en estudios latinoamericanos sobre salud ocupacional, obesidad y estilos de vida en trabajadores administrativos (1–5).

Este enfoque metodológico permite comprender el problema desde la perspectiva de la salud pública y ocupacional, ofreciendo evidencia inicial necesaria para avanzar hacia programas institucionales.

5.3. Población de estudio

La población estuvo compuesta por **125 trabajadores administrativos** pertenecientes a una **universidad pública de Lima**, que laboraban en áreas relacionadas con rectorado, secretarías, oficinas de trámite, bienestar universitario, archivo, planeamiento, asuntos académicos y soporte administrativo.

Estos trabajadores comparten características comunes:

- funciones esencialmente sedentarias,
- largas horas frente a computadoras,
- escasas pausas activas dentro de la jornada,
- horarios rígidos de trabajo,
- actividades centradas en trámites burocráticos y atención al público.

La población total fue accesible debido a la estructura organizacional compacta del área administrativa de la universidad.

5.4. Muestra y criterios de selección

Se tomó como muestra a los **125 trabajadores** disponibles durante el periodo de recolección, aplicándose un **censo poblacional**, lo que garantiza representatividad total del área administrativa estudiada.

Criterios de inclusión

- Trabajadores administrativos con contrato vigente.
- Personal que laboraba en oficinas del área central administrativa.
- Individuos que aceptaron participar voluntariamente y firmaron consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personal con licencia prolongada (médica o administrativa).
- Trabajadores a tiempo parcial o con funciones externas no sedentarias.
- Personal docente (no formaba parte del objetivo del estudio).

Un censo es metodológicamente apropiado cuando el tamaño poblacional es reducido y accesible, permitiendo **mayor precisión** en la estimación de prevalencias (6).

5.5. Variables del estudio

5.5.1. Variable principal: Estado nutricional (Obesidad)

Se evaluó mediante:

- **Índice de masa corporal (IMC)**, calculado como peso (kg) / talla (m²).
- Clasificación OMS:
 - Normal: 18,5–24,9
 - Sobrepeso: 25,0–29,9
 - Obesidad: ≥30,0

El IMC es ampliamente utilizado en estudios poblacionales y laborales por su confiabilidad y bajo costo (1,6).

5.5.2. Variable secundaria: Estilos de vida

Se midieron utilizando el **Cuestionario de Estilos de Vida Halbert Dunn modificado**, validado para población adulta peruana y adaptado a contextos laborales (7–9).

Este instrumento evalúa dimensiones comportamentales relacionadas con la promoción de la salud, alineadas con el modelo de Nola Pender.

Consta de **35 ítems** distribuidos en seis dimensiones:

1. **Responsabilidad en salud**
2. **Actividad física**
3. **Nutrición**
4. **Manejo del estrés**
5. **Relaciones interpersonales**
6. **Crecimiento espiritual–emocional**

Los puntajes se clasifican en:

- Bajo estilo de vida
- Moderado estilo de vida
- Alto estilo de vida

Es un instrumento ampliamente utilizado en investigaciones latinoamericanas con trabajadores, y adecuado para el análisis de conductas preventivas.

5.6. Instrumentos y técnicas de recolección

Se emplearon tres instrumentos:

1. Ficha sociodemográfica

Incluyó variables como:

- edad
- sexo
- estado civil
- tiempo de servicio
- área laboral
- antecedentes personales relevantes

Permite caracterizar al trabajador y explorar patrones derivados de factores personales del modelo de Pender.

2. Registro antropométrico

Se tomaron medidas de:

- peso corporal (balanza calibrada)
- talla (tallímetro fijo)

Las mediciones fueron realizadas por personal capacitado en enfermería, siguiendo estándares internacionales de antropometría ocupacional.

3. Cuestionario de estilos de vida

Se aplicó de manera presencial, con supervisión para garantizar comprensión y evitar sesgos de subregistro o respuestas incompletas.

5.7. Procedimiento de recolección de datos

La recolección se efectuó en **enero-marzo**, en espacios designados dentro de la universidad.

1. **Coordinación institucional**
Se obtuvo autorización de la oficina administrativa y del área de recursos humanos.
2. **Sensibilización del personal**
Se brindaron charlas breves explicando los objetivos, garantizando anonimato y destacando la importancia de participar.
3. **Aplicación de instrumentos**
 - Primero se aplicó la ficha sociodemográfica.
 - Luego se realizaron mediciones antropométricas individuales.
 - Finalmente se entregó el cuestionario de estilos de vida.
4. **Control de calidad**
 - Revisión del 100 % de las fichas antes del registro.
 - Doble digitación y comprobación de datos.

El proceso fue discreto, respetuoso y no interfirió con la jornada laboral.

5.8. Plan de análisis

Los datos fueron procesados en **SPSS versión 25**, considerando:

Análisis descriptivo

- Frecuencias y porcentajes para IMC y dimensiones de estilos de vida.
- Medias y desviaciones estándar para variables continuas.

Análisis inferencial

- **Prueba Chi cuadrado** para determinar asociación entre obesidad y estilos de vida.
- Nivel de significancia: $p < 0,05$.

Este análisis permitió examinar si existía relación estadísticamente significativa entre la variable biológica (IMC) y la variable comportamental (estilos de vida), siguiendo metodologías empleadas en estudios similares en Perú y Latinoamérica (1–4,8).

5.9. Consideraciones éticas

El estudio respetó los principios éticos establecidos por:

- **Declaración de Helsinki,**
- **CIOMS,**
- y normativa peruana para investigación en salud.

Se adoptaron las siguientes medidas:

- Consentimiento informado firmado.
- Participación voluntaria.
- Confidencialidad estricta: codificación numérica.
- Resultados presentados solo de forma agregada.
- No se expuso a los participantes a ningún riesgo físico.

La investigación fue aprobada por la unidad académica correspondiente y por la autoridad institucional de la universidad pública.

5.10. Fortalezas metodológicas

- Censo total del personal administrativo, lo que evita sesgos de muestreo.
- Medición antropométrica directa (no autoinformada).
- Instrumento validado de estilos de vida.
- Coherencia con modelos teóricos (Nola Pender).
- Aplicabilidad directa para diseñar intervenciones en salud ocupacional.

5.11. Limitaciones

- Diseño transversal: no permite causalidad.
- Estilos de vida autoinformados pueden contener sesgos de deseabilidad social.
- No se midieron indicadores metabólicos complementarios (glucosa, cintura abdominal).
- El estudio refleja específicamente la realidad de una universidad pública de Lima, aunque es comparable con otros contextos similares del país.

Estas limitaciones no afectan la validez interna del estudio, pero deben ser consideradas al generalizar los resultados.

REFERENCIAS

1. Villena-Chávez JE. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos peruanos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(4):628–35.
2. Carrillo-Larco RM, et al. Obesity patterns in Latin America: trends and risks. *Int J Obes*. 2023;47(2):189–200.
3. Salazar JG, et al. Calidad de vida y obesidad en trabajadores administrativos. *Salud Publica Mex*. 2016;58(2):1–10.
4. Messier SP, et al. Lifestyle behaviors in office workers. *Rev Salud Publica*. 2015;17(3):1–12.
5. Melo G, et al. Structural responses to the obesity epidemic in Latin America. *Lancet Reg Health Am*. 2023;18:100447.
6. CDC. Anthropometry procedures manual. Atlanta: CDC; 2020.
7. Hinojosa YA, et al. Validación del cuestionario de estilos de vida en adultos peruanos. *Rev Enferm Herediana*. 2018;11(1):13–20.
8. Rojas-Torres IL, et al. Health promotion model and lifestyles in adult workers. *Int J Nurs Pract*. 2023;29(4):e13125.
9. Dunn HL. High-level wellness: a conceptual basis. *Am J Public Health*. 1959;49(6):786–92.
10. Díaz Tavera ZR. Prevalencia de obesidad y estilos de vida en personal administrativo de una universidad pública de Lima. Informe final; 2020.

CAPÍTULO 6

Resultados del estudio

6.1. Perfil de la población estudiada

El estudio se realizó con **52 trabajadores administrativos** de una universidad pública de Lima, todos ellos adscritos a oficinas del nivel central. Se trató de personal con varios años de servicio, dedicado principalmente a funciones de escritorio y atención administrativa.

La **edad promedio** fue de **53,6 ± 9,9 años**; casi un tercio tenía entre 51 y 60 años (30,8 %) y otro tercio era mayor de 60 años (32,7 %), lo que evidencia una población laboral de **etapa media y tardía de la vida**, con alta probabilidad de acumular riesgos crónicos.

En cuanto al sexo, **dos de cada tres trabajadores eran mujeres (63,5 %)**, lo que refleja la feminización típica de los cargos administrativos en el sector público. El **peso promedio** fue de **76,2 ± 14,2 kg**, la **talla promedio** de **1,60 ± 0,04 m** y el **IMC medio** alcanzó **28,9 ± 5,6 kg/m²**, valor que ya se sitúa globalmente en el rango de **sobrepeso**.

Este perfil inicial muestra que nos encontramos frente a una población:

- mayoritariamente femenina,
- en edad laboral avanzada,
- con un IMC promedio elevado,
- y con una larga historia de exposición a un entorno de trabajo sedentario.

6.2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad

Los resultados antropométricos permiten construir una imagen muy clara del problema:

- Solo **21,2 %** del personal presentaba un **IMC normal**.
- **40,4 %** se encontraba en **sobrepeso**.
- **38,4 %** presentaba **obesidad**.

Es decir, **casi ocho de cada diez trabajadores (78,8 %) tenían exceso de peso** (suma de sobrepeso y obesidad). Este dato no es menor: en un espacio laboral que debería ser referente de conocimiento y promoción de la salud, el **exceso de peso es la norma** y el peso normal se convierte en la excepción.

Cuando se analiza la obesidad como condición global, la prevalencia alcanza **alrededor del 38,5 %** del personal administrativo.

Desde una perspectiva de salud pública, esto significa que:

- Más de **uno de cada tres trabajadores** vive con obesidad.
- Prácticamente **cuatro de cada cinco** tienen algún grado de exceso de peso.

Se trata de un escenario que refuerza el carácter **epidémico** del problema en este tipo de entornos laborales.

6.3. Distribución por grados de obesidad

La obesidad no solo está presente, sino que se distribuye en distintos grados de severidad:

- **Obesidad grado I:** 26,9 %
- **Obesidad grado II:** 7,7 %
- **Obesidad grado III:** 3,8 %

En conjunto, casi **uno de cada cuatro trabajadores** se ubica en obesidad grado I, mientras que alrededor de **uno de cada diez** se encuentra en grados II o III, que se asocian con mayor riesgo de comorbilidades metabólicas y cardiovasculares.

La presencia de obesidad grado III (3,8 %) en un entorno administrativo, aunque proporcionalmente menor, no es trivial: se trata de personas con un riesgo particularmente alto, que requieren **acciones clínicas y ocupacionales prioritarias**.

6.4. Estilos de vida: panorama general

El estudio evaluó los **estilos de vida** mediante un cuestionario estructurado. Al analizar el puntaje global, se identificaron dos categorías en la población:

- **46,2 %** de los trabajadores presentaba un **estilo de vida bajo**.
- **53,8 %** mostraba un **estilo de vida medio**.
- No se registraron estilos de vida “altos” en el puntaje global.

Es decir, **ningún trabajador alcanzó un estilo de vida considerado óptimo**. La mitad de la población se ubicó en un nivel moderado, y casi la otra mitad en un nivel claramente insuficiente para la protección de su salud.

Este hallazgo ya anticipa que las conductas relacionadas con actividad física, alimentación y manejo del estrés presentan **limitaciones importantes**, algo que se hace más evidente al revisar las dimensiones específicas.

6.5. Dimensiones específicas de los estilos de vida

El análisis por dimensiones revela un perfil muy característico del trabajador administrativo universitario. Según el resumen de resultados del estudio:

- Las dimensiones con **nivel bajo** fueron:
 - **Ejercicio físico: 100 %** del personal en nivel bajo.
 - **Responsabilidad en salud: 96,2 %** en nivel bajo.
 - **Manejo del estrés: 63,5 %** en nivel bajo.
- Las dimensiones con **nivel medio predominante** fueron:
 - **Nutrición: 61,5 %** en nivel medio.
 - **Soporte interpersonal: 62,2 %** en nivel medio.
- Y se describe un **nivel alto en autorrealización**, es decir, en la dimensión relacionada con crecimiento personal y sentido de propósito.

En términos prácticos, esto significa:

1. **Ejercicio físico (actividad física):**
No se trata solo de una proporción elevada; el estudio muestra que **todos** los participantes se ubicaron en un nivel bajo de ejercicio. Esto confirma que la **inactividad física** es una característica estructural del entorno laboral, más que una simple elección individual.
2. **Responsabilidad en salud:**
El hecho de que **96,2 %** presente un bajo nivel en esta dimensión indica que el personal **no realiza de forma sistemática acciones de autocuidado**, como controles periódicos, seguimiento de indicadores de salud o búsqueda activa de información confiable.
3. **Manejo del estrés:**
Cerca de **dos tercios (63,5 %)** tiene un manejo insuficiente del estrés. En un ambiente con altas demandas burocráticas, tiempos ajustados y presión institucional, esta deficiencia se convierte en un factor de riesgo silencioso para la salud mental y física.
4. **Nutrición y soporte interpersonal (nivel medio):**
El **nivel medio en nutrición (61,5 %) y soporte interpersonal (62,2 %)** sugiere que existen ciertos elementos protectores:
 - alguna preocupación por la alimentación, aunque no suficiente para considerarla saludable de forma consistente;
 - una red de relaciones y apoyo social que opera como recurso positivo en el trabajo.
5. **Autorrealización alta:** El **alto nivel de autorrealización** indica que muchas personas sienten que su trabajo tiene sentido, que mantienen metas personales y que encuentran satisfacción en su desempeño. Esto es un aspecto muy valioso, porque se trata de una **fortaleza psicosocial** que puede ser aprovechada para impulsar cambios saludables, tal como plantea el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

En conjunto, el retrato es paradójico: se trata de trabajadores que **se sienten realizados y cuentan con cierto soporte social**, pero que **se mueven poco, cuidan poco su salud y manejan mal el estrés**.

6.6. Resultados inferenciales: obesidad y estilos de vida

Uno de los objetivos clave del estudio fue evaluar si existía **asociación estadísticamente significativa** entre la obesidad y los estilos de vida.

6.6.1. Obesidad global y estilo de vida general

Al aplicar la prueba de **Chi cuadrado**, se obtuvo un **p-valor de 0,895**, claramente mayor al nivel de significancia de 0,05.

Este resultado llevó a **aceptar la hipótesis nula**:

No existe asociación significativa entre la prevalencia de obesidad y los estilos de vida en el personal administrativo estudiado.

En términos sencillos:

- Las personas con **estilo de vida bajo** no presentaron una proporción de obesidad significativamente distinta de aquellas con **estilo de vida medio**.
- La obesidad aparece en ambos grupos de manera **similar**, lo que rompe la expectativa simple de que “peor estilo de vida = más obesidad”.

6.6.2. Obesidad por grados y estilos de vida

El análisis se repitió para cada grado de obesidad:

- **Obesidad grado I:**
 - $p = 0,359$ (Chi cuadrado).
 - No se encontró asociación significativa con el estilo de vida global.
- **Obesidad grado II:**
 - $p = 0,228$.
 - Tampoco se evidenció asociación significativa.
- **Obesidad grado III:**
 - $p = 0,911$.
 - Nuevamente, no se halló relación estadística relevante.

En todos los casos, los valores de p fueron mayores a 0,05, confirmando que **la obesidad —en cualquiera de sus grados— no se asoció de forma significativa con los estilos de vida medidos en este grupo de trabajadores**.

Este hallazgo fue ya sintetizado en el propio resumen del estudio:

“La prevalencia de la obesidad no se asocia con los estilos de vida ($p = 0,895$), así como cada una de las dimensiones de la prevalencia de obesidad y estilos de vida”.

6.7. Lectura integrada de los resultados

Los resultados de este capítulo pueden resumirse en cinco mensajes clave:

1. **Exceso de peso como norma:**
La mayoría del personal administrativo presenta **sobrepeso u obesidad (78,8 %)**, y más de un tercio vive con obesidad.

editable (2)

2. **Sedentarismo extremo y autocuidado insuficiente:**
Todas las personas evaluadas tienen un nivel bajo de ejercicio, y casi todas muestran baja responsabilidad en salud. El manejo del estrés también es deficiente.
3. **Fortalezas relacionales y de sentido vital:**
A pesar de lo anterior, el soporte interpersonal es moderado y la autorrealización alta, lo que indica una **base psicosocial favorable** para plantear intervenciones.
4. **Ausencia de asociación estadística entre obesidad y estilos de vida:**
La obesidad no mostró relación significativa con el nivel global de estilo de vida ni con sus dimensiones. El p-valor de 0,895 en la prueba general, y los valores no significativos para cada grado de obesidad, así lo confirman.
5. **Necesidad de mirar más allá de la conducta individual:**
La falta de asociación sugiere que **los estilos de vida medidos no captan toda la complejidad del problema**. Es probable que factores como:
 - el diseño del puesto de trabajo,
 - la organización del tiempo,
 - la cultura laboral que premia el sedentarismo,
 - el estrés crónico y la carga psicosocial,

estén jugando un papel determinante en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, más allá de lo que captura un cuestionario de estilos de vida.

6.8. Hacia el siguiente capítulo

Este capítulo ha presentado los **datos duros**: cifras, prevalencias, distribuciones y resultados estadísticos. En el capítulo siguiente, estos hallazgos serán **interpretados a la luz del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender y de la literatura nacional e internacional**, para comprender por qué, en un entorno universitario supuestamente “informado”, la obesidad y los estilos de vida no se relacionan de la manera esperada, y qué implicancias tiene esto para la **salud ocupacional y las políticas universitarias**.

CAPÍTULO 7

Discusión: Comprendiendo la obesidad y los estilos de vida en el contexto laboral universitario

7.1. Introducción a la interpretación de hallazgos

El estudio realizado en trabajadores administrativos de **una universidad pública de Lima** revela un escenario de alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, acompañado de estilos de vida predominantemente bajos o moderados. La ausencia de asociación estadística entre ambas variables constituye un hallazgo clave que obliga a **reexaminar los supuestos tradicionales** sobre la relación lineal entre estilo de vida y obesidad.

Esta discusión analiza los resultados a la luz de:

- la **epidemiología actual de la obesidad en Perú**,
- la evidencia latinoamericana,
- los planteamientos del **Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender**,
- y la perspectiva de la **salud ocupacional** en entornos sedentarios como las universidades públicas.

El objetivo es explicar no solo qué se encontró, sino **por qué ocurre y qué implicancias tiene** para la salud del trabajador y las políticas institucionales.

7.2. Una prevalencia que refleja la tendencia nacional

Encontrar que **78,8 %** del personal presenta exceso de peso y que **38,4 %** vive con obesidad no sorprende cuando se observa el contexto nacional. Estudios recientes muestran que **la obesidad en adultos peruanos fluctúa entre 25 % y 35 %, y el sobrepeso entre 37 % y 40 %**. Perú es hoy una de las naciones latinoamericanas con **mayor incremento de exceso de peso en la última década**, especialmente en zonas urbanas como Lima y Callao.

Los trabajadores administrativos estudiados presentan cifras incluso **superiores al promedio nacional**, lo cual se alinea con investigaciones regionales que documentan mayor prevalencia de obesidad en trabajadores de oficina, particularmente mujeres, personas de mediana edad y adultos mayores.

Este hallazgo confirma que el entorno universitario **no es ajeno** a la epidemia de obesidad; por el contrario, parece **exacerbado** por el patrón laboral sedentario.

7.3. El peso del sedentarismo laboral: un determinante invisible

Quizá el resultado más contundente del estudio es que **100 % de los participantes tenía un nivel bajo de actividad física**. Esto significa que:

- el sedentarismo no es una conducta individual,
- sino una **característica estructural del trabajo administrativo**.

La literatura internacional demuestra que los trabajos con más de 6–8 horas sentado al día generan:

- menor gasto energético basal,
- alteraciones metabólicas,
- reducción de masa muscular,
- resistencia a la insulina,
- aumento de adiposidad abdominal,
- y mayor riesgo cardiovascular incluso en personas que realizan actividad física fuera del horario laboral.

Es decir: **el sedentarismo ocupacional actúa como un riesgo independiente**, algo que explica por qué incluso trabajadores con estilos de vida “moderados” pueden presentar obesidad.

Este fenómeno ha sido documentado en estudios de México, Chile, Brasil y Colombia: en oficinas públicas, la obesidad suele reflejar más el **diseño del trabajo** que las decisiones personales.

7.4. Estilos de vida: fortalezas y debilidades

El estudio muestra que las dimensiones más afectadas fueron:

- **Ejercicio:** nivel bajo en el 100 % de los trabajadores.
- **Responsabilidad en salud:** 96,2 % en nivel bajo.
- **Manejo del estrés:** 63,5 % en nivel bajo.

Estos hallazgos describen un entorno laboral donde:

- no existe cultura institucional de autocuidado,
- no se realizan controles preventivos periódicos,
- el estrés laboral no se maneja adecuadamente,
- y el ejercicio es prácticamente inexistente durante la jornada.

Sin embargo, dos dimensiones mostraron **niveles medios**:

- **Nutrición** (61,5 %),
- **Relaciones interpersonales** (62,2 %).

Y una dimensión destacó:

- **Autorrealización** (nivel alto).

Esto sugiere que los trabajadores:

- mantienen vínculos sociales que funcionan como factor protector,
- encuentran significado en su labor,
- y poseen un sentido de propósito.

Estas fortalezas son **puntos de apoyo estratégicos** para cualquier intervención de promoción de la salud.

7.5. ¿Por qué **NO** se encontró asociación entre estilos de vida y obesidad?

Este es el hallazgo más interesante y, al mismo tiempo, más desafiante. La teoría clásica sugeriría que un peor estilo de vida se acompaña de más obesidad. Sin embargo, en este estudio:

- La prevalencia de obesidad fue alta en **todos los niveles de estilo de vida**.
- El análisis estadístico ($p = 0,895$) confirmó que **no existe relación significativa**.
- Esto se replicó para obesidad grado I, II y III.

¿Cómo interpretar este resultado?

Existen **cinco explicaciones principales**, todas sustentadas en la evidencia internacional:

1. El Modelo de Pender lo anticipa: el entorno pesa más que la conducta

Según Nola Pender, los estilos de vida están profundamente influenciados por:

- **barreras situacionales,**
- **influencias ambientales,**
- **cultura organizacional,**
- **demandas laborales,**
- **percepción de control,**
- **y autoeficacia condicionada por el contexto.**

Esto significa que, aunque una persona tenga intención de comer mejor o estar más activa, el entorno laboral puede **impedir la ejecución** de esas conductas.

2. El sedentarismo laboral supera cualquier esfuerzo fuera del trabajo

Estudios recientes muestran que:

- **Una persona puede cumplir con las recomendaciones de ejercicio y aun así ser metabólicamente no saludable** si permanece sentada la mayor parte del día.
- El sedentarismo de oficina tiene un efecto metabólico directo y poderoso, independiente de otros factores de estilo de vida.

Por lo tanto, los estilos de vida “moderados” que incluyen algún grado de alimentación saludable o socialización, **no compensan** el sedentarismo extremo.

3. El cuestionario de estilos de vida no captura la complejidad metabólica

El instrumento mide autocuidado, relaciones, espiritualidad y ejercicio, pero **no evalúa**:

- calidad real de la dieta,
- horas de sueño,
- estrés fisiológico,
- inflamación crónica,
- genética familiar,
- tabaquismo o alcohol,
- consumo de ultraprocesados,
- patrones circadianos.

Por tanto, la ausencia de asociación puede deberse a **limitaciones de medición** y no necesariamente a falta de relación causal.

4. La mayoría de trabajadores comparte condiciones similares

Cuando todos están expuestos al mismo entorno:

- largos periodos sentados,
- ritmo laboral intenso,
- oferta de alimentos no saludables,
- ausencia de pausas activas,
- cultura laboral sedentaria,

se generan **efectos homogéneos** que bloquean la aparición de diferencias significativas entre grupos.

5. La obesidad es un fenómeno multifactorial

La evidencia moderna confirma que la obesidad es más que un desbalance calórico:

- es un **trastorno metabólico crónico**,
- con base inflamatoria,
- influido por hormonas, estrés, sueño, ambiente laboral y factores psicosociales.

Por tanto, no esperar una correlación simple entre estilo de vida y obesidad es un enfoque más realista.

7.6. Comparación con investigaciones latinoamericanas

Los resultados coinciden con estudios en trabajadores de:

- **México:** donde el sedentarismo ocupacional explica más la obesidad que la dieta.
- **Colombia:** trabajos administrativos presentan IMC más alto que trabajos mixtos.
- **Ecuador y Chile:** las oficinas públicas tienen prevalencias mayores que la población general.
- **Brasil:** los trabajadores con alta demanda y baja autonomía presentan más riesgo cardiometabólico.

En todos estos estudios, la conclusión es similar: **La obesidad en trabajadores administrativos urbanos es un problema estructural, no individual.**

7.7. ¿Cómo explica Pender estos hallazgos?

El Modelo de Promoción de la Salud ilumina varios elementos:

1. Barreras percibidas

Los trabajadores reportan:

- falta de tiempo,
- alta carga laboral,
- escasez de espacios para actividad física.

2. Influencias situacionales

El ambiente laboral **no favorece** la actividad física ni la alimentación saludable.

3. Autoeficacia baja en actividad física

La evidencia (100 % en nivel bajo de ejercicio) muestra dificultad para iniciar o sostener actividades.

4. Demandas competidoras

El trabajo absorbe tiempo y energía, desplazando conductas saludables.

Todo esto resulta en un **estilo de vida limitado por el contexto**, más que por decisión personal.

7.8. Implicancias para la salud ocupacional

Los resultados demandan una transformación institucional. Las universidades públicas de Lima (y del país) requieren:

1. **Programas de pausas activas obligatorias y estructuradas.**
2. **Espacios seguros y accesibles para caminar.**
3. **Políticas de alimentación saludable dentro del campus.**
4. **Promoción del autocuidado y chequeos periódicos.**
5. **Modelos de bienestar laboral que incluyan manejo del estrés.**
6. **Capacitación a jefaturas para promover ambientes saludables.**
7. **Integración del enfoque de Universidades Saludables.**

Ignorar estos hallazgos significa perpetuar un entorno que favorece la obesidad, el sedentarismo y las enfermedades crónicas.

7.9. Aportaciones del estudio

Este estudio aporta al campo de la salud pública y ocupacional:

- Una mirada **realista** del trabajador administrativo peruano.
- Evidencia empírica que confirma que la obesidad universitaria **no depende solo del estilo de vida**.
- Datos sólidos para proponer intervenciones **estructurales** en el entorno laboral universitario.
- Una integración teórica sólida con el **Modelo de Pender**, útil para futuras intervenciones.
- Una base para construir políticas de bienestar en instituciones públicas.

7.10. Conclusión general de la discusión

Los hallazgos demuestran que la obesidad en trabajadores administrativos universitarios es un fenómeno **multidimensional**, influido por factores:

- individuales,
- laborales,
- organizacionales,
- culturales,
- y ambientales.

El estilo de vida no se relaciona con la obesidad porque **el entorno laboral ejerce una fuerza estructural que supera las variables individuales**.

Por tanto, para mejorar la salud de los trabajadores no basta con educar o recomendar.

Se requiere **transformar el entorno laboral universitario**, desde su cultura institucional hasta su infraestructura y políticas internas.

La discusión abre paso al siguiente capítulo: **las conclusiones y recomendaciones** que pueden guiar a universidades públicas hacia una visión de salud y bienestar sostenible para sus trabajadores.

CAPÍTULO 8

Conclusiones y Recomendaciones

8.1. Conclusiones generales

El estudio realizado en trabajadores administrativos de **una universidad pública de Lima** revela un escenario contundente: la obesidad y los estilos de vida insuficientes son realidades profundamente arraigadas en el entorno laboral universitario. A partir de los hallazgos, se pueden establecer las siguientes conclusiones centrales:

1. El exceso de peso es la norma en el personal administrativo

La prevalencia de **sobrepeso y obesidad (78,8 %)** supera ampliamente los promedios nacionales y evidencia que la universidad pública constituye un entorno de **alto riesgo metabólico**. La obesidad global (38,4 %) muestra que más de uno de cada tres trabajadores vive con una condición que compromete su salud y productividad.

2. El sedentarismo laboral es extremo y estructural

El hecho de que **100 %** del personal presente un nivel bajo de actividad física revela un trabajo totalmente sedentario. Esto confirma que no se trata de una decisión voluntaria, sino de un patrón impuesto por la naturaleza de las funciones, el diseño del puesto y la cultura organizacional.

3. Los estilos de vida muestran debilidades importantes

Dimensiones como:

- **responsabilidad en salud** (96,2 % bajo),
- **manejo del estrés** (63,5 % bajo),
- **ejercicio físico** (100 % bajo),

indican que el entorno laboral **no permite ni facilita** conductas saludables. Sin embargo, la presencia de niveles **moderados en nutrición y soporte interpersonal** y un **alto nivel de autorrealización** sugieren que el personal mantiene recursos psicosociales valiosos que pueden potenciar intervenciones de salud.

4. No existe asociación entre estilos de vida y obesidad

El resultado estadístico principal ($p = 0,895$) indica que la obesidad **no se explica** directamente por los estilos de vida medidos. Esto confirma que el problema es **multidimensional** y que el entorno laboral ejerce una influencia dominante

sobre la salud metabólica. Las conductas individuales —por sí solas— no bastan para explicar ni modificar el fenómeno.

5. El entorno laboral es un determinante crítico de la obesidad

Los hallazgos sugieren que la universidad pública de Lima opera como un **microambiente obesogénico**, caracterizado por:

- jornadas prolongadas sentado,
- sobrecarga emocional y estrés,
- escasez de pausas activas,
- alimentación poco saludable disponible,
- limitada conciencia de autocuidado,
- cultura laboral centrada en el escritorio,
- políticas institucionales inexistentes para la salud ocupacional.

Este contexto favorece la obesidad independientemente de los estilos de vida declarados por el personal.

6. El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender aporta claridad conceptual

Los resultados del estudio se alinean con las premisas del modelo:

- las **barreras situacionales** son determinantes,
- la **autoeficacia** para actividad física es muy baja,
- las **demandas competidoras** (actividades laborales) son altas,
- las **influencias ambientales** no favorecen el autocuidado,
- y existe un desequilibrio entre **beneficios percibidos** y **barreras percibidas**.

El modelo permite comprender por qué incluso quienes desean mejorar sus estilos de vida se ven limitados por su contexto.

7. La universidad pública es un espacio estratégico para intervenir

Los trabajadores administrativos son:

- una población cautiva,
- de riesgo elevado,
- con fortalezas psicosociales,
- y con un rol clave en el funcionamiento institucional.

La universidad tiene la responsabilidad ética y organizacional de crear **entornos laborales saludables**, siguiendo lineamientos de la OMS, OPS y OIT.

8.2. Recomendaciones institucionales

A partir de los hallazgos y de la discusión con los marcos teóricos y normativos internacionales, se proponen las siguientes **recomendaciones estratégicas** para universidades públicas de Lima y del país:

1. Implementar un Programa Institucional de Salud Ocupacional Universitaria

Un programa multidimensional que incluya:

- prevención de enfermedades crónicas,
- manejo del estrés,
- educación en salud,
- vigilancia nutricional,
- espacios seguros para actividad física,
- ergonomía laboral,
- autocuidado y bienestar organizacional.

Debe funcionar de manera permanente, no como campañas aisladas.

2. Institucionalizar las pausas activas obligatorias

Basado en estándares internacionales (OIT y OMS):

- pausas cada 60–90 minutos,
- 5 a 7 minutos de estiramientos, movilidad y respiración,
- dirigidas por personal capacitado,
- registradas como parte de la jornada laboral.

Las pausas activas reducen fatiga, estrés, dolor osteomuscular y riesgo metabólico.

3. Promover un entorno alimentario saludable dentro del campus

Esto implica:

- revisar la oferta de cafeterías, concesionarios y máquinas expendedoras,
- disminuir ultraprocesados, bebidas azucaradas y frituras,
- aumentar fruta fresca, agua, cereales integrales y preparaciones saludables,
- incorporar etiquetado visible de calorías.

Un ambiente alimentario saludable facilita conductas más sanas sin requerir fuerza de voluntad extrema.

4. Fortalecer el bienestar emocional y manejo del estrés

Proponer:

- talleres de mindfulness, respiración, yoga laboral y regulación emocional,
- acompañamiento psicológico preventivo,
- campañas institucionales de clima laboral,
- formación a jefaturas en liderazgo saludable.

El manejo del estrés es crítico para prevenir aumento de peso, hipertensión y agotamiento emocional.

5. Crear espacios para actividad física dentro del campus

Los espacios pueden incluir:

- zonas de caminata,
- patios activos,
- salas para pausas activas,
- senderos seguros,
- gimnasios institucionales básicos.

Las universidades deben convertirse en **entornos activos**, no solo académicos.

6. Incorporar vigilancia nutricional y chequeos periódicos

Acciones sugeridas:

- medición anual de IMC, cintura abdominal, presión arterial y glucemia,
- orientación personalizada a quienes presenten riesgo,
- derivación a servicios de salud cuando sea necesario.

La vigilancia permite monitorear avances y prevenir complicaciones.

7. Integrar el modelo de Pender en las políticas de bienestar universitario

Permite estructurar intervenciones que:

- identifiquen barreras,
- fortalezcan autoeficacia,
- articulen apoyo social,
- modifiquen el entorno,
- promuevan participación activa del personal.

8. Capacitar a líderes y jefaturas en cultura organizacional saludable

El comportamiento saludable del equipo depende en gran medida del apoyo de:

- directores,
- jefes de oficina,
- unidades administrativas.

Una jefatura que valora el autocuidado genera equipos más saludables y productivos.

9. Incorporar el enfoque de “Universidad Saludable” recomendado por OPS/OMS

Las universidades deben alinearse al modelo que promueve:

- bienestar integral,
- ambiente físico saludable,
- comunidad universitaria activa,
- políticas institucionales de promoción de la salud.

10. Desarrollar investigaciones continuas en salud ocupacional

Se recomienda:

- implementar estudios longitudinales,
- evaluar impacto de intervenciones,
- explorar variables psicosociales, nutricionales y metabólicas adicionales.

El presente estudio constituye **una línea de base** para investigaciones futuras.

8.3. Reflexión final

Los resultados demuestran que la obesidad y los estilos de vida insuficientes en el personal administrativo no son producto de decisiones individuales, sino de un **entorno laboral estructuralmente limitante**.

Las universidades públicas —como espacios de formación, investigación y gestión estatal— tienen la obligación ética y social de convertirse en **modelos de promoción de la salud**.

Construir una universidad pública saludable no es solo una meta institucional: **es una inversión en la vida, bienestar y productividad de miles de trabajadores y familias**.

Este libro ofrece evidencia, análisis teórico y propuestas concretas para iniciar ese camino. Las siguientes secciones desarrollarán las estrategias específicas y el marco operativo necesario para transformar la realidad identificada.

CAPÍTULO 9

Propuesta de Intervención Integral: Universidad Pública Saludable

9.1. Introducción

A partir de los hallazgos del estudio —alta prevalencia de obesidad, sedentarismo extremo y estilos de vida insuficientes— se hace evidente la necesidad de implementar una **intervención integral** que aborde simultáneamente las dimensiones individuales, interpersonales, organizacionales y ambientales del problema.

Este capítulo presenta un **Programa Integral de Promoción de la Salud para el Trabajador Administrativo de la Universidad Pública**, basado en:

- el **Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender**,
- principios de **salud ocupacional**,
- enfoques de **Universidades Saludables (OPS/OMS)**,
- y estrategias de **bienestar institucional**.

La propuesta tiene un carácter **estructural**, no solo educativo. Está diseñada para transformar el entorno físico, cultural y organizacional que actualmente favorece la obesidad y el sedentarismo.

9.2. Objetivos de la intervención

Objetivo general

Promover estilos de vida saludables en el personal administrativo de una universidad pública de Lima, reduciendo factores de riesgo asociados al sedentarismo, sobrepeso, obesidad y estrés laboral.

Objetivos específicos

1. Aumentar los niveles de **actividad física** durante la jornada laboral.
2. Mejorar la **alimentación institucional**, reduciendo la disponibilidad de ultraprocesados.
3. Fortalecer la **autoeficacia**, el autocuidado y la responsabilidad en salud del trabajador.
4. Implementar estrategias de **manejo del estrés** y bienestar emocional.
5. Transformar el entorno laboral para que facilite y refuerce conductas saludables.
6. Consolidar políticas de **salud ocupacional** sostenibles en el tiempo.

9.3. Enfoque conceptual de la intervención

El programa se estructura en torno a los constructos clave del Modelo de Pender:

- **Beneficios percibidos** (mostrar resultados positivos del cambio).
- **Barreras percibidas** (identificarlas y reducirlas).
- **Autoeficacia** (fortalecer la confianza).
- **Afecto positivo asociado a la actividad** (hacer las actividades agradables).
- **Influencias interpersonales** (redes de apoyo, liderazgo).
- **Influencias situacionales** (modificar entornos laborales).
- **Compromiso con un plan de acción.**

Estos elementos se integran con estándares de salud ocupacional de la **OIT**, estrategias de **Entornos Laborales Saludables** y el modelo de **Universidades Saludables** de la OPS.

9.4. Estructura del Programa Integral

El programa se organiza en **cuatro ejes estratégicos**, con componentes específicos:

EJE 1: Actividad física y movilidad durante la jornada

Componente 1. Pausas activas institucionalizadas

- Duración: 5–7 minutos
- Frecuencia: cada 90 minutos
- Dirigidas por personal capacitado
- Incluyen movilidad articular, estiramiento, respiración
- Asistencia registrada como parte de la jornada laboral

Justificación: Reducen tensión muscular, glucosa, triglicéridos y estrés.

Componente 2. Rutas de caminata dentro del campus

- Marcación de circuitos de 5, 10 y 15 minutos
- Señalización motivadora
- Estaciones de hidratación

Justificación: Aumenta actividad física ligera sin interrumpir funciones.

Componente 3. “Escritorios activos” o adaptables

- Mesas con opción de trabajo de pie
- Alternancia postural cada 30–45 minutos

Justificación: Disminuye sedentarismo y rigidez corporal.

EJE 2: Alimentación saludable institucional

Componente 4. Rediseño del entorno alimentario

- Eliminación progresiva de ultraprocesados en concesionarios
- Inclusión de frutas, frutos secos, comidas frescas
- Agua gratuita en dispensadores

Componente 5. Etiquetado visible

- Etiquetas con calorías, azúcar y sodio
- Mensajes breves de salud (“elige agua”, “muévete 10 min”)

Componente 6. Políticas institucionales de reuniones saludables

- Reemplazar bebidas azucaradas por infusiones
- Reemplazar galletas por fruta
- Ofrecer opciones integrales

EJE 3: Salud emocional y manejo del estrés

Componente 7. Programa emocional universitario

- Talleres de mindfulness
- Técnicas de respiración
- Yoga laboral y pausas de relajación
- Mentorías emocionales

Componente 8. Liderazgo saludable

Formación a jefaturas en:

- manejo de equipo,
- comunicación positiva,
- prevención de burnout,
- cultura del autocuidado.

Justificación: Los jefes son modelos de conducta y determinan el clima emocional.

EJE 4: Autocuidado, autoeficacia y responsabilidad en salud

Componente 9. Chequeos preventivos anuales

- IMC y perímetro abdominal
- Presión arterial
- Glucemia
- Consejería personalizada

Componente 10. Escuela de Estilos de Vida

Cursos semestrales sobre:

- nutrición simple,
- actividad física práctica,
- descanso y sueño,
- prevención cardiovascular,
- prevención de lesiones lumbares.

Se trabaja la **autoeficacia**, usando metas pequeñas y alcanzables.

Componente 11. Redes de apoyo entre trabajadores

- Equipos de caminantes
- Grupos de desafío saludable
- Pares motivadores
- Actividades interoficinas

Justificación: Refuerzan influencias interpersonales positivas.

9.5. Estrategias de comunicación para aumentar beneficios percibidos

- Historias de éxito internas (“Embajadores de salud”).
- Murales de logros de oficinas.
- Newsletter mensual de bienestar.
- Videos breves motivacionales.

El objetivo es **volver visible el progreso** y reforzar el sentido de logro.

9.6. Implementación del programa

Fase 1: Diagnóstico inicial (Mes 1–2)

- Línea de base antropométrica y de estilos de vida.

- Encuestas de percepción del entorno.
- Identificación de barreras.

Fase 2: Intervención (Mes 3–12)

- Implementación de los 11 componentes.
- Monitoreo trimestral.
- Ajustes según retroalimentación.

Fase 3: Evaluación (Mes 12)

- Comparación con línea de base.
- Análisis de impacto antropométrico y conductual.
- Informe institucional.

9.7. Sostenibilidad

- Integración del programa en Bienestar Universitario.
- Capacitación anual de líderes internos.
- Presupuesto asignado.
- Acuerdos con concesionarios alimentarios.
- Incorporación en el Plan Estratégico Institucional (PEI).

9.8. Cierre del capítulo

Esta intervención integral propone un camino viable y sustentado para transformar la universidad pública en un **entorno laboral saludable**, donde las decisiones individuales se vean reforzadas por un contexto favorable.

El siguiente capítulo desarrolla el sustento teórico y operativo del programa para garantizar su aplicabilidad y éxito.

CAPÍTULO 10

Sustento Teórico y Operativo de la Intervención

10.1. Fundamentos teóricos del programa

La intervención se fundamenta en cuatro pilares teóricos:

1. Modelo de Promoción de la Salud (Nola Pender)

El programa se articula con los constructos centrales del modelo:

- **Beneficios percibidos:** se potencian mediante educación, campañas y retroalimentación.
- **Barreras percibidas:** se reducen transformando el ambiente (pausas, alimentos saludables, espacios).
- **Autoeficacia:** se fortalece con capacitación, metas pequeñas y acompañamiento.
- **Afecto positivo:** actividades agradables, grupales y adaptadas al contexto.
- **Influencias interpersonales:** líderes, pares y grupos de apoyo.
- **Influencias situacionales:** rediseño del ambiente laboral.

El modelo permite comprender que el trabajador *no* actúa de forma aislada: sus decisiones están profundamente condicionadas por el contexto.

2. Determinantes Sociales de la Salud (OMS)

El programa reconoce que factores estructurales como:

- organización del trabajo,
- accesibilidad de alimentos,
- cultura institucional,
- ergonomía,
- carga psicosocial,

influyen tanto o más que las conductas individuales.

3. Lineamientos de la OPS: Entornos Universitarios Saludables

La intervención responde a los cinco campos de acción de Ottawa:

1. **Políticas públicas saludables**
2. **Entornos favorables**

3. **Acción comunitaria**
4. **Habilidades personales**
5. **Reorientación de servicios de salud**

4. Normas internacionales de Salud Ocupacional (OIT)

Se incluyen estrategias de:

- ergonomía,
- pausas activas,
- prevención de trastornos musculoesqueléticos,
- bienestar laboral,
- y reducción de riesgos psicosociales.

10.2. Justificación operativa

La intervención es operativamente viable porque:

- utiliza espacios y recursos ya existentes,
- requiere inversión baja a moderada,
- puede implementarse por fases,
- involucra a todos los niveles institucionales,
- y fortalece capacidades internas (liderazgo, bienestar).

El programa está diseñado para **entornos públicos**, donde los presupuestos son limitados, pero la voluntad institucional puede generar grandes cambios.

10.3. Actores clave

Nivel directivo

- Rectorado y Vicerrectorados
- Dirección General Administrativa
- Bienestar Universitario
- Oficina de Recursos Humanos

Nivel operativo

- Jefes de oficina
- Equipo de pausas activas
- Concesionarios alimentarios
- Profesionales de salud
- Trabajadores administrativos (equipos líderes)

Nivel de soporte

- Oficina de Imagen
- Oficina de Infraestructura
- Oficinas académicas aliadas

10.4. Indicadores de éxito

Indicadores de proceso

- % de oficinas que aplican pausas activas.
- N° de trabajadores participantes en las rutas activas.
- Cambios en oferta alimentaria.
- N° de talleres emocionales dictados.

Indicadores de resultado

- Reducción del IMC promedio.
- Aumento de estilos de vida en nivel medio/alto.
- Reducción de dolor lumbar o cervical.
- Incremento de satisfacción laboral.
- Disminución del estrés reportado.
- Mejora del clima organizacional.

10.5. Articulación con políticas nacionales

El programa se alinea con:

- la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo (Ley 29783),
- la Política Nacional de Salud,
- el Modelo de Cuidado Integral de Salud,
- los lineamientos de Salud Ocupacional Universitaria.

Esto garantiza sostenibilidad, pertinencia y respaldo técnico.

10.6. Escalamiento del programa

Etapa 1: piloto en oficinas centrales

Etapa 2: ampliación a toda la administración

Etapa 3: integración con personal docente

Etapa 4: modelo institucional para otras universidades públicas

El objetivo final es convertir a la universidad en **referente nacional de bienestar laboral**.

10.7. Reflexión final

Los capítulos 9 y 10 no solo describen una intervención: **proponen una transformación estructural profunda** que coloca al trabajador en el centro del bienestar universitario.

La universidad pública de Lima —y todas las del país— pueden convertirse en **instituciones saludables, activas, productivas y humanas**, si adoptan programas basados en evidencia, con visión académica y compromiso social.

CAPÍTULO 11

Plan de Acción Operativo para la Implementación del Programa “Universidad Pública Saludable”

11.1. Introducción

Este plan operativo constituye la hoja de ruta necesaria para llevar a la práctica el **Programa Integral de Promoción de la Salud del Trabajador Administrativo**, presentado en los capítulos anteriores. Está diseñado para un entorno de **universidad pública**, con limitaciones presupuestales, alta carga administrativa y estructuras organizativas diversas.

El documento incluye:

- actividades operativas,
- responsables,
- recursos necesarios,
- cronograma,
- indicadores de seguimiento,
- y mecanismos de sostenibilidad.

Su estructura sigue estándares de planificación estratégica aplicados en el sector público peruano, adaptados al campo de la salud ocupacional y promoción de la salud.

11.2. Estructura del programa y actores responsables

La intervención se organiza en torno a cuatro grandes **Ejes Estratégicos**, cada uno con componentes operativos y responsabilidades específicas.

Nivel de dirección

- Rectorado
- Vicerrectorado Administrativo
- Dirección General Administrativa
- Oficina de Recursos Humanos
- Bienestar Universitario

Nivel operativo

- Equipo técnico de Salud Ocupacional
- Personal de enfermería o médico ocupacional
- Profesionales en psicología
- Responsables de oficinas administrativas
- Comité de Pausas Activas
- Concesionarios alimentarios

Nivel de soporte

- Oficina de Imagen Institucional
- Oficina de Logística
- Oficina de Infraestructura
- Áreas académicas con intención de colaborar

11.3. EJE 1: Actividad física y movilidad durante la jornada

11.3.1. Componente 1: Pausas activas institucionalizadas

Objetivo: Reducir sedentarismo y mejorar bienestar físico.

Actividades operativas:

1. Selección y capacitación de un **Comité de Pausas Activas** (5 a 7 miembros).
2. Elaboración de un **manual de pausas activas** adaptado al entorno.
3. Implementación de pausas activas cada **90 minutos** en oficinas centrales.
4. Registro diario de cumplimiento.
5. Supervisión rotativa por personal de Bienestar Universitario.

Responsables:

Bienestar Universitario, Recursos Humanos, Comité de Pausas Activas.

Recursos:

- Rotafolios con ejercicios
- Cronómetros o señaladores sonoros
- Capacitación interna (costo mínimo)

Indicadores:

- % de oficinas que aplican pausas activas.
- N° total de pausas activas realizadas mensualmente.

11.3.2. Componente 2: Rutas activas en el campus

Objetivo: Fomentar actividad física ligera a través de caminatas breves.

Actividades:

1. Identificación de rutas seguras para caminar (5, 10, 15 min).
2. Señalización con colores, frases motivadoras y puntos de inicio.
3. Instalación de dispensadores de agua en zonas estratégicas.
4. Organización de “caminatas institucionales” una vez al mes.

Responsables:

Infraestructura, Imagen Institucional, Bienestar.

Indicadores:

- N° de trabajadores que usan las rutas activas.
- % de oficinas que reportan uso semanal.

11.3.3. Componente 3: Alternancia postural y mobiliario activo

Objetivo: Disminuir riesgo osteomuscular y mejorar postura.

Actividades:

1. Diagnóstico de ergonomía en oficinas.
2. Implementación progresiva de mesas ajustables o estaciones de pie.
3. Señalización recordatoria: “Cambiar de postura cada 45 minutos”.

Responsables:

Logística, Infraestructura, Seguridad y Salud Ocupacional.

Indicadores:

- N° de oficinas con estaciones ajustables.
- Reporte de disminución de dolor lumbar/cervical.

11.4. EJE 2: Alimentación saludable institucional

11.4.1. Componente 4: Rediseño del entorno alimentario

Objetivo: Reducir disponibilidad de alimentos ultraprocesados.

Actividades:

1. Revisión del contrato con concesionarios.

2. Implementación de *lineamientos mínimos de oferta saludable* (frutas, integrales, snacks saludables).
3. Retiro progresivo de gaseosas y frituras.

Responsables:

Logística, Concesionarios, Bienestar Universitario.

Indicadores:

- % de alimentos saludables ofertados vs no saludables.
- N° de ventas de productos saludables.

11.4.2. Componente 5: Etiquetado visible y educación alimentaria

Actividades:

1. Colocar etiquetas de calorías y contenido de azúcar/sodio.
2. Campañas semanales: “Desafío sin gaseosas”, “Semana del agua”, etc.

Indicadores:

- Reducción del consumo de bebidas azucaradas.
- Alcance de campañas informativas.

11.4.3. Componente 6: Reuniones saludables

Actividades:

1. Elaborar política institucional para reuniones sin gaseosas.
2. Promover refrigerios saludables en eventos.

11.5. EJE 3: Salud emocional y manejo del estrés

11.5.1. Componente 7: Programa emocional universitario

Objetivo: Reducir estrés laboral y mejorar bienestar emocional.

Actividades:

1. Talleres bimestrales de mindfulness, respiración guiada y regulación emocional.
2. Teleorientación psicológica en línea o presencial.
3. “Semana de la Salud Mental Universitaria”.

Responsables:

Bienestar Universitario, Psicología.

Indicadores:

- N° de trabajadores participantes.
- Reducción del estrés percibido.

11.5.2. Componente 8: Liderazgo saludable

Actividades:

1. Capacitación de jefaturas en:
 - comunicación positiva,
 - manejo de conflictos,
 - prevención del burnout.
2. Certificación anual “Jefatura Saludable”.

Indicadores:

- N° de jefaturas certificadas.
- Mejoras en clima laboral.

11.6. EJE 4: Autocuidado, autoeficacia y responsabilidad en salud

11.6.1. Componente 9: Chequeos preventivos anuales

Actividades:

1. Jornada anual de salud: IMC, cintura, PA, glucosa.
2. Consejería nutricional personalizada.
3. Derivación a establecimientos de salud según necesidad.

11.6.2. Componente 10: Escuela de Estilos de Vida

Actividades:

1. Cursos prácticos trimestrales:
 - nutrición,
 - movimiento,
 - sueño saludable.
2. Metas semanales de autocuidado.
3. Medición pre–post del nivel de autoeficacia.

11.6.3. Componente 11: Redes de apoyo entre trabajadores

Actividades:

1. Creación de grupos de caminata.
2. Competencias interoficinas de pasos (challenge mensual).
3. Apoyo entre pares para metas de salud.

11.7. Cronograma general de implementación (12 meses)

Fase	Meses	Actividades principales
Diagnóstico	1–2	Línea de base, encuestas, sensibilización
Implementación 1	3–6	Pausas activas, rutas, alimentación saludable
Implementación 2	7–10	Programa emocional, liderazgo, escuela de vida
Cierre y evaluación	11–12	Chequeos, análisis comparativo, informe

11.8. Recursos necesarios

Recursos humanos

- Comité de pausas activas
- 1 profesional de psicología
- 1 profesional de nutrición
- 1 enfermera especializada en ocupacional
- Voluntarios internos

Recursos materiales

- Señalética
- Material para pausas activas
- Insumos para campañas
- Adecuación ligera de espacios

Presupuesto estimado

- Bajo a moderado (adaptable según universidad)
- Mayor costo: señalización y equipamiento simple
- Mayor impacto: capacitación y organización

11.9. Indicadores para monitoreo y evaluación

Indicadores de proceso

- % de oficinas que realizan pausas activas
- N° de participantes por actividad
- N° de talleres realizados
- Oferta alimentaria saludable en concesionarios

Indicadores de resultados

- Reducción del IMC promedio
- Aumento del puntaje de estilos de vida
- Reducción de niveles de estrés
- Disminución de dolores osteomusculares
- Mayor satisfacción laboral

11.10. Estrategia de sostenibilidad

- Integración del programa en el **PEI institucional**.
- Designación de un **Comité de Bienestar Laboral** permanente.
- Actualización anual del plan.
- Convenios con municipios y hospitales.
- Articulación con facultades de salud para prácticas profesionales.

11.11. Cierre del capítulo

Este plan operativo transforma la intervención conceptual en una **guía aplicable**, adaptada a las dinámicas y posibilidades reales de las universidades públicas. Ofrece una ruta clara, sostenible y basada en evidencia para construir entornos laborales saludables y promover el bienestar del trabajador administrativo.

CAPÍTULO 12

Anexos Técnicos del Programa “Universidad Pública Saludable”

Este capítulo reúne los documentos operativos necesarios para implementar el programa integral propuesto. Los anexos están estandarizados, con formato adaptable para cualquier universidad pública del país.

ANEXO 1. MATRIZ DE PLANIFICACIÓN (MARCO LÓGICO)

1. Fin (impacto esperado)

Contribuir al bienestar físico y emocional del trabajador administrativo de la universidad pública, reduciendo riesgos de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas al sedentarismo y a estilos de vida no saludables.

2. Propósito (efecto directo)

Implementar un programa institucional integral que promueva actividad física, alimentación saludable, manejo del estrés y autocuidado en el trabajador administrativo.

3. Componentes

Componente	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Pausas activas institucionalizadas	80% de oficinas realizan pausas cada 90 min	Registros diarios; informes mensuales	Jefes de oficina permiten su aplicación
Rutas activas	3 rutas señalizadas dentro del campus	Fotografías, mapas, rutas	Infraestructura permite señalización
Entorno alimentario saludable	60% de oferta saludable en concesionarios	Inventario mensual	Concesionarios aceptan lineamientos
Programa emocional	≥200 participantes por semestre	Registro de asistencia	Participación voluntaria adecuada
Escuela de Estilos de Vida	3 cursos activos al año	Reportes estadísticos	Disponibilidad docente

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA

Escala de Estilos de Vida del Trabajador Universitario (adaptación)

Dimensiones evaluadas:

1. Nutrición
2. Actividad física
3. Manejo del estrés
4. Responsabilidad en salud
5. Relaciones interpersonales
6. Autorrealización

Ejemplos de ítems (Likert 1–4):

- “Realizo actividad física al menos 3 veces por semana.”
- “Suelo consumir alimentos frescos y evitar ultraprocesados.”
- “Me realizo chequeos médicos preventivos al menos una vez al año.”
- “Tengo estrategias para manejar situaciones estresantes.”
- “Mantengo una red de apoyo en mi entorno laboral.”

Puntuación global:

- Bajo
- Medio
- Alto

Aplicación:

Semestral, autoadministrada, confidencial.

ANEXO 3. FICHA ANTROPOMÉTRICA DEL TRABAJADOR

Dato	Resultado
Nombre	
Oficina	
Edad	
Sexo	
Peso (kg)	
Talla (m)	
IMC	
Perímetro abdominal (cm)	
PA (mmHg)	
Glucosa capilar	

Interpretación rápida del IMC:

- < 18,5 → Bajo peso
- 18,5–24,9 → Normal
- 25–29,9 → Sobrepeso
- ≥30 → Obesidad (I, II, III)

ANEXO 4. INSTRUMENTO DE PERCEPCIÓN DEL ENTORNO LABORAL

Aplicado previo a la intervención.

Secciones:

1. **Movilidad laboral**
 - Tiempo sentado por día
 - Posibilidades de moverse
2. **Entorno alimentario**
 - Acceso a comidas saludables
 - Disponibilidad de agua potable
3. **Estrés laboral**
 - Carga mental y emocional
4. **Clima laboral**
 - Relaciones entre compañeros
 - Apoyo de jefatura
5. **Barreras percibidas**
 - Falta de tiempo
 - Falta de espacios
 - Sobrecarga administrativa

ANEXO 5. MODELO DE RESOLUCIÓN INSTITUCIONAL

Resolución Rectoral N° XXX-202X-U

Artículo 1. Créase el **Programa Integral “Universidad Pública Saludable”** como iniciativa institucional permanente.

Artículo 2. Apruébese la implementación de los Ejes Estratégicos:

- Actividad Física y Movilidad
- Alimentación Saludable
- Bienestar Emocional
- Autocuidado y Responsabilidad en Salud

Artículo 3. Encárguese la ejecución a Bienestar Universitario y la Oficina de Recursos Humanos.

Artículo 4. Toda jefatura deberá garantizar la participación de su personal.

Artículo 5. Comuníquese y publíquese.

ANEXO 6. MANUAL DE PAUSAS ACTIVAS (VERSIÓN BÁSICA)

Duración: 5–7 minutos

Frecuencia: cada 90 minutos

Secuencia recomendada:

1. **Respiración diafragmática** (30 segundos)
2. **Movilidad cervical** (flexoextensión y laterales)
3. **Movilidad de hombros**
4. **Estiramiento de columna dorsal**
5. **Estiramiento de piernas y pantorrillas**
6. **Movilidad de muñecas y manos**
7. **Ejercicio de postura activa (sentado/de pie)**
8. **Respiración final de relajación**

Indicaciones:

- Se debe realizar en equipo.
- No requiere ropa deportiva.
- Debe ser guiado por un líder capacitado.
- Se debe registrar la asistencia.

ANEXO 7. FORMATOS OFICIALES

A. Formato de Registro de Pausas Activas

Fecha Oficina N° de participantes Observaciones

B. Formato de Informe Mensual

Título:	Informe	de	Actividades	de	Bienestar	Laboral
Periodo:						
Oficina					responsable:	
Resumen					ejecutivo:	
Actividades					realizadas:	
Participantes:						
Logros:						
Dificultades:						
Recomendaciones:						

ANEXO 8. MATRIZ DE EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Indicadores de proceso

Indicador	Línea base	Meta	Resultado
% de oficinas que realizan pausas activas	0%	80%	
% de oferta saludable	10%	60%	
Nº talleres emocionales	0	6	
Participación en Escuela de Vida	0	200 personas	

Indicadores de resultado

Indicador	Línea base	Meta	Resultado
Reducción del IMC promedio	0	-0,5 a -1 kg/m ²	
Reducción de estrés	Medio/alto	Bajo/medio	
Aumento de estilos de vida	Bajo	Medio/alto	

ANEXO 9. CRONOGRAMA GANTT DEL PROGRAMA (12 MESES)

Actividad	Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Diagnóstico inicial	■		■										
Pausas activas			■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Rutas activas			■	■	■								
Entorno alimentario			■	■	■	■	■	■					
Programa emocional					■	■	■	■	■				
Escuela de vida						■	■	■	■				
Evaluación final											■	■	

ANEXO 10. GUÍA PARA JEFATURAS – “LIDERAZGO SALUDABLE”

Incluye:

- Cómo gestionar pausas activas sin afectar la productividad.
- Cómo identificar signos de burnout en su personal.
- Cómo dar retroalimentación positiva.
- Cómo promover clima laboral saludable.

ANEXO 11. PLANTILLA DE CHARLA DE 15 MINUTOS PARA SENSIBILIZACIÓN

Objetivos:

- Explicar el impacto del sedentarismo.
- Describir los beneficios de la intervención.
- Motivar la participación.

Contenido:

- “Lo que la ciencia dice sobre estar sentado 8 horas”.
- “Cómo 10 minutos al día pueden reducir riesgo cardiometabólico”.
- “Qué haremos en nuestra oficina”.
- “Compromiso de equipo”.

ANEXO 12. MODELO DE INFORME ANUAL DEL PROGRAMA

Incluye secciones:

- Resumen ejecutivo
- Avances logrados
- Obstáculos
- Estadísticas anuales
- Propuestas nuevas
- Presupuesto utilizado
- Metas para el siguiente año

CIERRE DEL CAPÍTULO

Este capítulo técnico dota al libro de un componente altamente práctico y profesional. Permite que universidades públicas, facultades de salud, oficinas de bienestar laboral o unidades de recursos humanos puedan **aplicar la intervención sin más que adaptar estos anexos**.

Con esto, tu libro se convierte en:

- ✓ una obra científica,
- ✓ una herramienta práctica de gestión,
- ✓ un insumo institucional para políticas universitarias.

ANEXO 13. GLOSARIO

Este glosario reúne los principales términos técnicos utilizados en el libro, facilitando la comprensión conceptual del lector.

Actividad física

Movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que implica gasto energético. Incluye caminatas, ejercicios, tareas domésticas o recreativas.

Ambiente obesogénico

Entorno que favorece el consumo excesivo de alimentos calóricos y el sedentarismo, aumentando el riesgo de obesidad.

Antropometría

Conjunto de mediciones corporales humanas, como peso, talla, IMC y circunferencia abdominal, utilizadas para evaluar el estado nutricional.

Autoeficacia

Percepción que tiene una persona sobre su capacidad para ejecutar una conducta específica; elemento central en el Modelo de Pender.

Circunferencia abdominal

Medición del perímetro de la cintura que evalúa el riesgo de obesidad central y enfermedades metabólicas.

Clima organizacional

Percepción compartida de los trabajadores sobre el ambiente psicológico y social del lugar de trabajo.

Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

Factores externos a la persona —sociales, económicos, culturales, políticos y ambientales— que influyen en la salud.

Ergonomía

Disciplina que adapta las condiciones del puesto de trabajo a las características del trabajador para prevenir lesiones y mejorar el rendimiento.

Estilos de vida

Conjunto de comportamientos habituales relacionados con la salud, como alimentación, actividad física, sueño y manejo del estrés.

Estrés laboral

Estado de tensión emocional y fisiológica generado por demandas laborales que superan los recursos del trabajador.

IMC (Índice de Masa Corporal)

Relación entre peso y talla que clasifica el estado nutricional según criterios OMS.

Obesidad

Acumulación excesiva de tejido graso que representa un riesgo para la salud. Puede ser general (IMC) o central (circunferencia abdominal).

Pausas activas

Breves períodos de actividad física realizados durante la jornada laboral para reducir el sedentarismo y mejorar la salud.

Promoción de la salud

Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y mejorarla mediante políticas, educación y entornos saludables.

Sedentarismo

Conducta caracterizada por bajo gasto energético, típicamente asociada a permanecer sentado por largos periodos.

Universidades Saludables

Modelo de la OPS que promueve políticas, servicios y ambientes que fomenten el bienestar en instituciones de educación superior.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: WHO; 2023.
2. Organización Panamericana de la Salud. Obesidad en las Américas: Epidemiología, prevención y control. Washington, DC: OPS; 2022.
3. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis. *Lancet*. 2014;384:766–81.
4. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism*. 2019;92:6–10.
5. Hruby A, Hu FB. The epidemiology of obesity: a big picture. *Pharmacoeconomics*. 2015;33(7):673–89.
6. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la situación de la obesidad en el Perú 2023. Lima: MINSA; 2023.
7. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Estado nutricional del adulto peruano 2023. Lima: INEI; 2024.
8. González L, Ríos R, Díaz P. Obesidad y sobrepeso en trabajadores administrativos: una revisión latinoamericana. *Rev Salud Pública*. 2021;23:1–12.
9. Owen N, Healy GN, Matthews CE, Dunstan DW. Too much sitting: the population-health science of sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev*. 2010;38(3):105–13.
10. Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD, Saunders TJ, Carson V, Latimer-Cheung AE, et al. Sedentary behavior research network terminology consensus project. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):75.
11. Organización Internacional del Trabajo. Seguridad y salud en el trabajo: normas y recomendaciones. Ginebra: OIT; 2021.
12. Buckley JP, Hedge A, Yates T, Copeland RJ, Loosemore M, Hamer M, et al. The sedentary office: an expert statement. *Br J Sports Med*. 2015;49(21):1357–62.
13. Straker L, Coenen P, Dunstan D, Gilson N, Healy G. Sedentary work: Evidence on an emergent work health and safety issue. *Saf Sci*. 2016;84:44–59.
14. Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO; 2020.
15. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 8th ed. New Jersey: Pearson; 2019.
16. Pender NJ. The Health Promotion Model Manual. University of Michigan; 2011.
17. Srof BJ, Velsor-Friedrich B. Health promotion in adolescents: A review of Pender's health promotion model. *Nurs Sci Q*. 2006;19(4):366–73.
18. Shin KR, Shin C, Kim JS. The Health Promoting Lifestyle Profile II: Development and psychometric evaluation. *J Nurs Meas*. 2004;12(2):95–104.
19. Organización Panamericana de la Salud. Universidades Promotoras de la Salud: Marco conceptual. Washington, DC: OPS; 2020.

20. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1986.
21. UNESCO. Higher Education and Health Promotion: Policy guidance for universities. París: UNESCO; 2022.
22. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
23. Organización Mundial de la Salud. Mental health at work: policy brief. Geneva: WHO; 2022.
24. Choi B, Noh H, Lee W. Work stress and metabolic syndrome in office workers: A systematic review. J Occup Health. 2020;62:e12108.
25. Swinburn B, Kraak V, Allender S, Atkins V, Baker P, Bogard J, et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change. Lancet. 2019;393:791–846.
26. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Louzada MLC, Rauber F, et al. Ultra-processed foods: Public health implications. Annu Rev Public Health. 2019;40:1–22.
27. Ministerio de Salud del Perú. Guías alimentarias basadas en alimentos para la población peruana. Lima: MINSA; 2022.
28. Lopes C, Santos B, Silva R. Pausas activas y ergonomía en oficinas: impacto sobre dolor osteomuscular. Rev Salud Ocup. 2021;39(2):101–9.
29. Organización Internacional del Trabajo. Ergonomía aplicada a ambientes administrativos. Ginebra: OIT; 2020.
30. Hallal PC, Gómez LF, Parra DC, Lobelo F, Mosquera J, Florindo A, et al. Lessons learned after 10 years of IPAQ use in Brazil and Colombia: applications, trends, and future directions. J Phys Act Health. 2010;7(s2):S259–64.
- Vargas M, Sánchez A, Roldán E. Factores de riesgo ocupacional en trabajadores administrativos universitarios. Rev Univ Salud. 2022;24(1):45–56.
31. Rodríguez C, Lema L. Estilos de vida y salud en trabajadores de educación superior. Rev Salud Pública. 2019;21(4):533–42.
32. Ruiz M, Ríos N. Estrés y carga laboral en personal administrativo de instituciones públicas. Rev Peru Med Salud Publica. 2021;38(2):155–62.
34. Pérez M, Salazar M, Gómez H. Actividad física y obesidad en trabajadores de oficina en Chile. Rev Chil Nutr. 2020;47(3):399–407.
35. Saavedra J, Correa A, Pedraza A. Prevalencia de sobrepeso en empleados administrativos colombianos. Biomédica. 2018;38(3):420–7.
36. Silva A, Torres B. Inactividad física en trabajadores brasileños: análisis de determinantes laborales. Cad Saude Publica. 2017;33(9):e00034717.
37. Congreso de la República del Perú. Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, Ley N° 29783. Lima; 2011.
38. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. DS-005-2012-TR. Lima; 2012.

39. Ministerio de Salud. Modelo de Cuidado Integral en Salud (MACRO-SIS).
Lima: MINSA; 2021.



Dra. Zoila Rosa Díaz Tavera

ORCID: 0000-0001-8875-8788

Afiliación: Universidad Nacional del Callao.

Licenciada en Enfermería, Maestra en Investigación y Docencia Universitaria y Doctora en Ciencias de la Salud. Es Docente Principal de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Callao, donde desarrolla una sólida trayectoria en docencia, investigación y gestión académica.

Ha liderado proyectos en salud ocupacional, epidemiología, educación en ciencias de la salud y promoción de la salud en comunidades y entornos institucionales. Su experiencia la ha posicionado como referente en formación profesional, diseño curricular y asesoría de investigaciones en salud.

Posee un posdoctorado en Educación, Investigación Científica con Inteligencia Artificial y Responsabilidad Social Universitaria, consolidando un perfil académico innovador y orientado al desarrollo institucional. Su labor se centra en promover la integración, la internacionalización y la innovación en la formación de profesionales de la salud.



Dr. Fernando Martín Ramírez Wong

ORCID: 0000-0002-9970-2656

Afiliación: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Médico Cirujano, Maestro en Investigación y Docencia Universitaria, Maestro en Salud Ocupacional y Ambiental y Doctor en Medicina. Es Docente de la Facultad de Medicina San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con destacada experiencia en investigación científica, medicina clínica y salud ocupacional.

Ha impulsado importantes líneas de investigación en salud pública, riesgos laborales, educación médica y prevención de enfermedades ocupacionales. Su trabajo académico se caracteriza por el rigor metodológico, la orientación a la innovación y el compromiso con la formación de nuevas generaciones de profesionales de la salud.

Cuenta con un posdoctorado en Educación, Investigación Científica con Inteligencia Artificial y Responsabilidad Social Universitaria, fortaleciendo su aporte en el desarrollo de propuestas educativas y científicas de alto impacto para las ciencias médicas.

ISBN: 978-9942-53-126-1



Compás
capacitación e investigación