

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE NUTRICIÓN

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Nutrición*

**RELACIÓN DE LOS HÁBITOS
ALIMENTARIOS Y LAS ECNT EN
MUJERES DE 30 A 65 AÑOS DEL
PROGRAMA AGENDA LOCAL DE
MUJERES DE HEREDIA, 2020**

ANA CAROLINA ABARCA BRENES

Febrero, 2021

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| ÍNDICE DE TABLAS | 5 |
| ÍNDICE DE FIGURAS | 6 |
| DEDICATORIA..... | 7 |
| AGRADECIMIENTO | 8 |
| RESUMEN | 9 |
| CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 13 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 14 |
| 1.1.1 Antecedentes del problema | 14 |
| 1.1.2 Delimitación del problema..... | 17 |
| 1.1.3 Justificación..... | 17 |
| 1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 19 |
| 1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 19 |
| 1.3.1. Objetivo general | 19 |
| 1.3.2. Objetivos específicos | 19 |
| 1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES | 20 |
| 1.4.1. Alcances de la investigación | 20 |
| 1.4.2. Limitaciones de la investigación | 20 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | 22 |
| 2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL | 23 |
| 2.1.1 Nutrición en la mujer adulta:..... | 23 |
| 2.1.1.1 Calorías: | 23 |
| 2.1.1.2 Carbohidratos: | 24 |
| 2.1.1.3 Proteínas: | 24 |
| 2.1.1.4 Grasas:..... | 24 |
| 2.1.1.4.1 Colesterol: | 25 |
| 2.1.1.4.2 Triglicéridos:..... | 25 |
| 2.1.1.5 Agua: | 26 |
| 2.1.2.1 Hábitos alimentarios saludables: | 27 |

| | |
|---|-----------|
| 2.1.2.2 Ingesta de comida rápida: | 29 |
| 2.1.2.3 Porciones de los alimentos:..... | 30 |
| 2.1.3.1 Factores de riesgo..... | 31 |
| 2.1.3.2 Las cuatro principales enfermedades no transmisibles: | 32 |
| 2.1.3.2.1 Hipertensión (HTA): | 32 |
| 2.1.3.2.2 Obesidad: | 34 |
| 2.1.3.2.3 Diabetes: | 35 |
| 2.1.3.2.4 Dislipidemia: | 37 |
| CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO | 39 |
| 3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN | 40 |
| 3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN | 40 |
| 3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO..... | 40 |
| 3.3.1 Área de estudio | 40 |
| 3.3.2 Población | 40 |
| 3.3.3 Muestra | 41 |
| 3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión | 41 |
| 3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN | 42 |
| 3.4.1 Validez del cuestionario | 43 |
| 3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 43 |
| 3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 44 |
| 3.7 PLAN PILOTO | 45 |
| 3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS | 45 |
| 3.9 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS..... | 45 |
| 3.10 ANÁLISIS DE DATOS | 46 |
| CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS..... | 47 |
| 4.1. GENERALIDADES..... | 48 |
| 4.1.1 Descripción del perfil sociodemográfico | 48 |
| 4.1.2. Identificación de las enfermedades crónicas no transmisibles..... | 50 |
| 4.1.3 Identificación de los hábitos alimentarios de la población en estudio..... | 51 |
| 4.2 ANÁLISIS BIVARIADO | 78 |
| 4.2.1 Relación de los hábitos alimentarios y las principales enfermedades crónicas no transmisibles | 78 |
| CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... | 87 |

| | |
|--|------------|
| 5.1 Datos sociodemográficos | 88 |
| 5.2 Identificación de las enfermedades crónicas no transmisibles | 89 |
| 5.3 Identificación de los hábitos alimentarios | 89 |
| 5.4 Relación de los hábitos alimentarios y las principales enfermedades crónicas no transmisibles..... | 94 |
| CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 105 |
| 6.1 CONCLUSIONES..... | 106 |
| 6.2 RECOMENDACIONES..... | 108 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 109 |
| GLOSARIO Y ABREVIATURAS | 119 |
| ANEXOS..... | 120 |
| ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO | 121 |
| ANEXO 2. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN | 122 |
| ANEXO 3. DECLARACIÓN JURADA..... | 133 |
| ANEXO 4. CARTA DE APROBACIÓN | 134 |
| ANEXO 5. CARTA DE APROBACIÓN | 135 |
| ANEXO 5. CARTA DE AUTORIZACIÓN | 136 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| <u>Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de la investigación, Heredia, Costa Rica, 2020.....</u> | 41 |
| <u>Tabla 2. Operacionalización de las variables</u> | 44 |
| <u>Tabla 3. Características demográficas presentes en la muestra de mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.</u> | 48 |
| <u>Tabla N°4. Frecuencia de consumo de harinas entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.</u> | 55 |
| <u>Tabla N°5. Frecuencia de consumo de lácteos entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia,2020</u> | 59 |
| <u>Tabla N°6. Frecuencia de consumo de vegetales y verduras entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia, 2020.</u> | 60 |
| <u>Tabla N°7. Frecuencia de consumo de proteínas entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia, 2020.</u> | 63 |
| <u>Tabla N°8. Frecuencia de consumo de frutas entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia, 2020.</u> | 66 |
| <u>Tabla N°9. Frecuencia de consumo de grasas entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia, 2020</u> | 69 |
| <u>Tabla N°10. Frecuencia de consumo de bebidas entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia, 2020.</u> | 71 |
| <u>Tabla N°11. Frecuencia de consumo de azúcares entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia, 2020.</u> | 74 |
| <u>Tabla N°12. Frecuencia de consumo en establecimientos de comida rápida entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia, 2020.</u> | 76 |
| <u>Tabla N°13. Relación de las principales variables asociadas con el padecimiento de diabetes entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia,2020.</u> | 78 |
| <u>Tabla N°14. Relación de las principales variables asociadas con el padecimiento de obesidad entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia, 2020.</u> | 80 |
| <u>Tabla N°15. Relación de las principales variables asociadas con el padecimiento de hipertensión entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia, 2020.</u> | 84 |
| <u>Tabla N°16. Relación de las principales variables asociadas con el padecimiento de dislipidemias entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia, 2020.</u> | 85 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| <u>Figura N°1. Enfermedades crónicas no transmisibles presentes en las mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de San Rafael de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020</u> | 50 |
| <u>Figura N°2. Distribución de la cantidad de tiempos de comida diario que realizan las mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de San Rafael de Heredia, 2020. Fuente: (Elaboración propia, 2020).</u> | 51 |
| <u>FiguraN°3. Distribución del tipo de edulcorantes entre las mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres, San Rafael de Heredia. Fuente: (Elaboración propia, 2020).</u> | 52 |
| <u>Figura N°4. Distribución del consumo de agua en mililitros en las mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres, San Rafael de Heredia. Fuente: (Elaboración propia, 2020).</u> | 53 |
| <u>Figura N°5.. Distribución de la frecuencia de consumo de comidas rápidas en las mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres, San Rafael de Heredia. Fuente: (Elaboración propia, 2020).</u> | 54 |

DEDICATORIA

Este logro profesional lo dedico primeramente a Dios, quien me llena de bendiciones todos los días y me sostuvo para culminar esta etapa.

A mi familia; mis padres, mi hermano y mi esposo, esos que siempre están y se que estarán a mi lado para compartir los frutos de este éxito, los amo y esto es por y para ustedes.

AGRADECIMIENTO

“Los que siembran con lágrimas cosecharán con gritos de alegría”

Salmo 126:5

Dios me bendice enormemente y no conforme con eso puso ángeles sin alas a mi lado para guiar mis pasos y enseñarme que, de lo malo también se aprende.

Agradezco profundamente a mi padre Rubén Abarca, quien sin pensarlo me apoyo incondicionalmente cuando tome esta decisión y con su ejemplo de lucha, nobleza y perseverancia me alentaba a seguir adelante aún cuando las circunstancias se ponían en contra.

A mi madre Ligia Brenes, la incondicional, la que siempre se preocupaba cuando era tarde y venía de camino, la que con toda su Fe encendía velitas para que me iluminaran en mis pruebas, la que secó mis lágrimas y me impulsaba de nuevo a seguir adelante luchando por mis sueños.

A mi hermano José Raúl, por quién me esfuerzo todos los días para ser un buen ejemplo a seguir.

A mi esposo Wagner Rodríguez, quien representa para mí un modelo a seguir al ver todos sus logros gracias al sacrificio y esfuerzo de años y con quien deseo también compartir mis logros profesionales.

A cada uno de mis profesores, que compartieron su conocimiento a lo largo de esta preparación y de manera especial a mi tutora Lic. Aurelia Blanco, que desde el primer día guío con profesionalismo, paciencia y atención el proceso de esta investigación.

Y a mis compañeras y futuras colegas, quienes me apoyaban de diversas maneras para concluir este proceso.

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) desde hace varias décadas han ocupado las primeras causas de muerte y discapacidad en el mundo, en la región de las Américas, así como en nuestro país. Pese a que se han realizado esfuerzos para su prevención y atención, estas enfermedades no han recibido la atención prioritaria que merecen en las políticas y programas de salud pública de los países.

Objetivo general: Relacionar los hábitos alimentarios y las ECNT en mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia, en el año 2020.

Metodología: El estudio es de tipo no experimental, se trabaja con una población compuesta por 75 mujeres en edades entre 30 y 65 años, que poseen como mínimo una enfermedad crónica no transmisible, vecinas de San Rafael de Heredia y sus alrededores. Se aplica un cuestionario virtual donde se evalúan las características sociodemográficas, evaluación dietética, antecedentes patológicos personales, estilo de vida, frecuencia de consumo. Para el análisis se utiliza la prueba exacta de Fisher.

Resultados y discusión: el 40% tiene un rango etario de 40-49 años, 54,7% casadas, 24% con un nivel de escolaridad de secundaria incompleta, 56% vecinas de San Rafael, 37,3% amas de casa. 32 de ellas presentan dislipidemias, 26 hipertensión, 22 diabetes y 21 obesidad, 43 de ellas realizan entre 3-4 tiempos de comida, 56 usan aceite para sus preparaciones, 68 refieren aplicar varios métodos de cocción, 55% consume azúcar, 19 prefieren usar sacarina como edulcorante, 34 tienen una ingesta de agua de 1000ml a 1500ml, 38 consumen comida rápida menos de 1 vez al mes. Mediante la prueba de Fisher, se determinó que la población en estudio presenta relación entre los hábitos alimentarios y las ECNT, las mujeres con diabetes presentan relación con la presencia de falta de apetito, las grasas utilizadas para cocinar, así como el método de cocción empleado para las mismas, el alto consumo de azúcar pese a su padecimiento y el uso de la sacarina como edulcorante de elección, así como un consumo frecuente de comidas rápidas

y dulce de leche. En cuanto a la obesidad, resalta la frecuencia constante en el consumo de comidas rápidas, alto consumo de cereales como pan baguette, pastas, lentejas, frijoles blancos, tubérculos, cereales de desayuno, plátano y tortillas de maíz y harina, así como una alta ingesta en embutidos, mantequilla, natilla, bebidas gaseosas, comida china y de sodas o taquerías. Por su parte las mujeres que presentan hipertensión consumen frecuentemente mariscos, queso crema, helados y en las comidas rápidas la ingesta más común es de taquerías o sodas, que tienen un alto de sodio, grasa y azúcares. Aquellas con dislipidemias presentan un alto consumo de pan de bollería y escasa ingesta de panes integrales, sumado al tipo de grasa que utilizan para cocinar y un bajo consumo de grasas mono y poliinsaturadas como las que tiene el aguacate.

Conclusiones: La presencia de ECNT se ve directamente relacionada a los malos hábitos alimentarios que realizan las mujeres de esta población, esto provoca que tengan más de una comorbilidad y el manejo sea más difícil.

Palabras clave: Hipertensión, diabetes, obesidad, dislipidemias.

ABSTRACT

Introduction: Chronic non-communicable diseases (CNCD) for several decades have been the leading causes of death and disability in the world, in the Americas region, as well as in our country. Although efforts have been made for their prevention and care, these diseases have not received the priority attention they deserve in the countries' public health policies and programs. General objective: Relate eating habits and CNCDs in women between 30 and 65 years of the Heredia Local Women's Agenda program, in 2020.

Methodology: The study is non-experimental, it works with a population made up of 75 women between the ages of 30 and 65, who have at least one chronic non-communicable disease, neighboring San Rafael de Heredia and its surroundings. A virtual questionnaire is applied where sociodemographic characteristics, dietary evaluation, personal pathological history, lifestyle, frequency of consumption are evaluated. Fisher's exact test is used for the analysis.

Results and discussion: 40% have an age range of 40-49 years, 54.7% married, 24% with incomplete high school education, 56% residents of San Rafael, 37.3% housewives. 32 of them have dyslipidemia, 26 hypertension, 22 diabetes and 21 obesity, 43 of them have between 3-4 meals, 56 use oil for their preparations, 68 refer to applying various cooking methods, 55% consume sugar, 19 prefer to use saccharin as a sweetener, 34 have a water intake of 1000ml to 1500ml, 38 consume fast food less than 1 time a month. Through Fisher's test, it was determined that the study population shows a relationship between eating habits and NCDs, women with diabetes show a relationship with the presence of lack of appetite, the fats used for cooking, as well as the cooking method used for them, the high consumption of sugar despite their condition and the use of saccharin as the sweetener of choice, as well as a frequent consumption of fast foods and caramel. Regarding obesity, the constant frequency in the consumption of fast foods, high consumption of cereals such as baguette bread, pasta, lentils, white beans, root vegetables, breakfast cereals, banana and corn and flour tortillas stands out, as well as a high Intake in sausages, butter, custard, soft drinks, Chinese food and sodas or tacos. On the other hand, women with hypertension frequently consume seafood, cream cheese, ice cream and in fast foods, which are high in sodium, fat and sugars. Those with dyslipidemia have a high consumption of pastry bread and a low intake of whole grain breads, added to the type of fat

they use for cooking and a low consumption of mono and polyunsaturated fats such as those found in avocado.

Conclusions: The presence of CNCD is directly related to the bad eating habits of the women of this population, this causes them to have more than one comorbidity and the management is more difficult.

Keywords: Hypertension, diabetes, obesity, dyslipidemias.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, son altamente prevenibles y en su mayoría están desencadenadas por la alimentación inadecuada, el sedentarismo, el consumo de bebidas de alto contenido calórico, de alimentos de bajo valor nutricional y la alta ingesta de tabaco y alcohol (Tamayo, 2019).

La OMS (2018) establece que a nivel mundial las enfermedades no transmisibles, principalmente las cardiovasculares y el cáncer, son la principal causa de defunción en las mujeres. Las enfermedades cardiovasculares son responsables del 46% de las muertes de mujeres de edad avanzada en el mundo entero, en tanto que al cáncer se le atribuye un 14%.

Muchos de los problemas de salud que padecen las mujeres en las etapas más avanzadas de la vida se deben a la exposición a diversos factores de riesgo durante la adolescencia y etapas anteriores de la edad adulta, como el tabaquismo, el sedentarismo y la mala alimentación.

En la Unión Europea, aproximadamente 550.000 personas en edad de trabajar mueren prematuramente a causa de enfermedades no transmisibles, siendo las más relevantes las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Como causa principal de mortalidad en la UE, estas enfermedades justifican la mayor parte de los gastos de asistencia sanitaria, con un coste aproximado para las economías de la UE de 115.000 millones de euros, es decir el 0.8% del producto interno bruto (PIB) al año (Comisión Europea, 2018).

En los Estados Unidos, las ECNT representan el 89% de todas las muertes y han superado durante mucho tiempo a las enfermedades infecciosas como la principal causa de muerte, los

costos de tratamiento relacionados a estas enfermedades corresponden a un 40% de la carga económica del país. Debido a que casi el 43% de la población de EE.UU es obesa, y sería beneficioso reducir este número promoviendo una dieta saludable y actividad física (Bloom, Chen, & Klaus Prettner, 2018).

En Colombia, el 76% de la morbilidad es ocasionada por las enfermedades crónicas no transmisibles, porcentaje similar al de los países desarrollados. Hay una prevalencia alta de la hipertensión arterial con un 22.8%, asociada con el aumento de riesgo para cardiopatía isquémica en un 49%, y el 62% de los trastornos cerebro vasculares. Por otro lado, la diabetes aumentó del 2% en la población adulta de 1999 hasta un 2.6% en 2007, con un 19.8% de discapacitados diabéticos que es 2.5 veces superior a la prevalencia de discapacidad estimada para la población general no diabética, con mayor afectación por grupos de edad entre los 30 y 39 años con el 25% (Salamanca Ramos, 2015).

En Chile, un estudio realizado con el objetivo evaluar los efectos de un programa de ejercicio físico de sobrecarga de alta intensidad y bajo volumen en un grupo de mujeres adultas con sobrepeso, en comparación con otro grupo de mujeres adultas con sobrepeso que realizaban sólo sus actividades de la vida diaria sin la inclusión de un programa de ejercicio, determinó que el programa ESAIBV fue capaz de mejorar la salud cardiovascular de mujeres sedentarias en comparación a su evaluación inicial, modificando significativamente los lípidos sanguíneos y el colesterol. Se logró una importante tasa de recuperación en las personas que tuvieron inicialmente el perfil lipídico alterado, lo que podría implicar una potencial capacidad terapéutica (Zapata Lamana , Cigarroa, Díaz, & Saavedra, 2015).

El Dr. Roy Wong, afirma que, en Costa Rica, los factores de riesgo que promueven las ECNT son: el sobrepeso y la obesidad, el consumo de alcohol, las drogas y los riesgos asociados por

el tipo de dieta. Estos elementos nos hacen perder años de vida saludable. Tan solo en el 2010, Costa Rica tenía una prevalencia en diabetes de 10.8% y en el 2014 fue de 12.8%. En hipertensión arterial, tenemos un 36% de personas adultas viviendo con la enfermedad. En cuanto a dislipidemias (problema del organismo para metabolizar los lípidos o grasas), hay una cuarta parte de la población viviendo con este problema. Los factores que incentivan las ECNT se pueden cambiar con estilos de vida saludables (Jiménez Córdoba, 2018).

En Costa Rica, la Encuesta Nacional de Nutrición (2008-2009) demostró que la prevalencia de exceso de peso en personas de 20 a 64 años es de 62.4% en hombres y 66.6% en mujeres. Esto conduce a un aumento progresivo de la prevalencia de patologías crónicas asociadas como la diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, las enfermedades cardiovasculares y diversos tipos de cáncer.

Los expertos en ciencias médicas y en nutrición advierten desde hace décadas sobre la centralidad de la alimentación para la prevención de enfermedades y el mantenimiento de la salud. La mayor relevancia en las tasas de morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles especialmente, las cardiovasculares, la diabetes, la obesidad, y algunos tipos de cáncer ha dirigido la atención hacia los factores de riesgo sobre los cuales se espera que los individuos ejerzan control a través de hábitos de vida saludables (Freidin, 2016).

De acuerdo con la última encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular elaborada por la CCSS, la prevalencia de la hipertensión arterial diagnosticada fue de 31.2% y la no diagnosticada de 5%. En este momento, la CCSS mantiene en tratamiento antihipertensivo a cerca de un millón de costarricenses (CCSS, 2018). Por su parte, la doctora Maricruz Ramírez Di Leoni, especialista de la Coordinación Nacional de Nutrición de la CCSS y Jaritza Vega

Rodríguez del INCIENSA afirman que el promedio de consumo de sal es más elevado que lo recomendado: cinco gramos por persona al día.

Favorablemente, la OMS destaca en su informe que Costa Rica e Irán son los únicos países que cumplieron con 15 de los 19 indicadores con los que se mide el progreso en la lucha contra las enfermedades no transmisibles, entre los cuales figuran, medidas concretas para reducir el consumo de tabaco, de alcohol, mejorar la dieta de la población y promover la actividad física (Padra, 2017).

En Costa Rica, con la Estrategia Nacional de abordaje integral de las ENT y Obesidad, se pretende reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad causada por las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad, mediante el abordaje integral de los factores protectores, factores de riesgo y la prestación de servicios de salud, para el mejoramiento de la calidad de vida de la población nacional (Ministerio de Salud, 2018).

1.1.2 Delimitación del problema

La investigación se realiza con la ayuda del programa Agenda Local de Mujeres de San Rafael de Heredia. La población participante son mujeres de 30 a 45 años que asisten a dicho programa, a las cuales por medio de un instrumento se les evalúan sus hábitos alimentarios y su relación con enfermedades crónicas no transmisibles.

1.1.3 Justificación

El programa Agenda Local de Mujeres del cantón de San Rafael de Heredia es una herramienta política que le permite a las mujeres orientar su accionar e incidir en la Municipalidad de su

cantón y en las instituciones del estado para que desarrollen políticas públicas que respondan a las necesidades de las mujeres y contribuyan a disminuir las desigualdades de género a nivel local (Agenda local de mujeres San Rafael, 2009).

La salud y calidad de vida son pilares fundamentales para el desarrollo de esta investigación, la principal preocupación estriba en la calidad del servicio que brinda la Clínica y en las carencias que en materia sanitaria deben padecer como mujeres: ausencia de especialistas, citas a largo plazo, entre otras.

Por otra parte, la recreación y cultura comprende otro de los ejes primordiales, existe una convicción compartida de que la salud mental es clave para un pueblo feliz. Es conocido que las comunidades priorizan la participación deportiva dirigida hacia los hombres, tanto adultos como jóvenes, no así para las mujeres que también muestran interés en desarrollar una práctica deportiva. Por lo demás, está claro de que los esfuerzos que se realicen en esta área constituyen una vía esencial para enfrentar otras problemáticas sociales como drogas, alcoholismo, violencia entre la juventud y en las familias.

De allí la importancia de establecer un control en la relación que existe entre los hábitos alimentarios y las ECNT presentes en las mujeres que asisten a este programa, de manera que puedan mantener estas enfermedades de manera controlada en caso de padecerlas o bien prevenirlas y así desarrollarse a plenitud en las diversas áreas en las que se capacitan en la agenda local.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre los hábitos alimentarios y las ECNT en mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia, en el año 2020

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Relacionar los hábitos alimentarios y las ECNT en mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia, en el año 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Conocer las enfermedades crónicas no transmisibles presentes en las mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.
- Evaluar los hábitos alimentarios de las mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.
- Relacionar los hábitos alimentarios y las ECNT en mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia, en el año 2020.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1. Alcances de la investigación

- Con la información de este estudio, se generan datos recientes sobre la relación entre los hábitos alimentarios y las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten evaluar esta población de mujeres e incentivar a un abordaje más amplio para futuras investigaciones en las que se analicen las mismas variables.
- Este estudio pretende ser un antecedente para proponer estrategias o políticas públicas relacionadas a la prevención y manejo adecuado de las enfermedades crónicas no transmisibles en las mujeres.

1.4.2. Limitaciones de la investigación

- Debido a la emergencia mundial por el SARS-CoV-2 se determina que la variable de estado nutricional no es factible de medir durante la pandemia ya que la toma de medidas antropométricas implica el contacto con personas y la posibilidad de contagio y transmisión del virus, pese a que se realizó la consulta de si conocían su peso y talla no se consideró porque no todas tenían el dato preciso.
- La recolección de datos se cambia de formato debido a la emergencia mundial y se utiliza la herramienta de Google forms para la aplicación del cuestionario y con ello evitar el contacto con las mujeres entrevistadas.

- Se da un retraso importante en la recolección de datos, debido a que no todas las participantes están familiarizadas con esta herramienta virtual, por eso razón se optó por realizar reuniones mediante zoom de manera individualizada, con aquellas mujeres que presentaron complicaciones para completar el formulario.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 Nutrición en la mujer adulta:

Las necesidades dietéticas de la mujer son específicas debido a su fisiología y deben adaptarse a cada una de las diferentes etapas de su vida. La dieta ideal para la mujer será aquella que satisfaga sus necesidades, que sea mixta y equilibrada y que asegure el aporte de todos los nutrientes necesarios.

Los requerimientos nutricionales se definen como la cantidad de energía y nutrientes esenciales, necesarios para mantener un estado nutricional óptimo, así como para el desarrollo normal de las funciones metabólicas y/o fisiológicas y la prevención de enfermedades. En este sentido, si dichas cantidades no fuesen las adecuadas por defecto o exceso, se produciría un riesgo de estado carencial o un efecto adverso (Henefood, 2017).

2.1.1.1 Calorías:

Las mujeres necesitan una ingesta calórica diaria diferente dependiendo de la edad en la que se encuentren. Sin embargo, siempre habrá una franja de calorías lo suficientemente amplia para que cada una pueda adaptarla a sus necesidades.

Según Lemos, (2020) las mujeres en edades de 30 a 50 años, sedentarias deberían consumir un máximo de 1400 calorías. Si tienen una actividad moderada a esta cifra se le sumarían 200 calorías y si tienen mucha más actividad se le sumarían 400 calorías más. Aquellas mayores a 50 años, deberían consumir 1300 calorías si tienen un estilo de vida sedentario, 1400 si hacen alguna actividad moderada y 1700 si hacen mucho ejercicio.

2.1.1.2 Carbohidratos:

Para el consumo de macronutrientes la FAO (2012) establece que los carbohidratos corresponden únicamente del 45 al 50% en la dieta diaria, son la principal fuente de energía del organismo debido a que durante su digestión se genera glucosa, siendo este el combustible preferido por las células del organismo, utilizada primordialmente en el cerebro y para la preservación de los músculos.

2.1.1.3 Proteínas:

Por su parte las proteínas que tienen diversas funciones como lo son el crecimiento y el desarrollo corporal, mantenimiento y reparación del cuerpo, reemplazo de tejidos desgastados o dañados, producción de enzimas metabólicas y digestivas, constituyente esencial de ciertas hormonas, por ejemplo, tiroxina e insulina. La ración dietética recomendada (RDR) es de 0,8 g/kg para mujeres (Urrea , 2018).

2.1.1.4 Grasas:

El rango aceptable de distribución de macronutrientes para la ingesta de grasa total oscila entre el 20% y 35% de energía, según FINUT (2012). El nivel superior del intervalo aceptable de distribución de macronutrientes debe tener en cuenta el balance energético y la calidad de la dieta. No obstante, la ingesta elevada de grasas se acompaña habitualmente del aumento de las grasas saturadas, del colesterol y de la densidad energética y con ello la aparición de obesidad y dislipidemias.

2.1.1.4.1 Colesterol:

Es una sustancia grasa (un lípido) presente en todas las células del organismo. El hígado elabora todo el colesterol que el organismo necesita para formar las membranas celulares y producir ciertas hormonas como las sexuales, formar las paredes de las células, sales biliares y vitamina D (Texas Heart Institute, 2016).

El organismo humano obtiene el colesterol de dos fuentes: de los alimentos de origen animal como la yema de huevo, hígado y demás vísceras, mariscos, grasa de las carnes, leche íntegra, natilla, mantequilla, quesos cremosos o amarillos. La otra fuente es proveída por el mismo organismo, debido a que el hígado la produce constantemente a partir de carbohidratos simples y ácidos grasos saturados. Por esto, si se abusa del consumo de alimentos fuente de esos nutrientes, se aumenta la producción de colesterol (Ministerio de Salud, 1997)

No existe un requerimiento establecido en humanos que indique las cantidades de colesterol que deben obtenerse por medio de la alimentación, ya que el organismo lo produce; es decir, el organismo tiene la capacidad de producir el colesterol que necesita. Como medida preventiva se recomienda un consumo diario máximo de 300 miligramos (Ministerio de Salud, 1997).

2.1.1.4.2 Triglicéridos:

Son el tipo más común de grasa en el cuerpo, provienen de alimentos, el hígado produce triglicéridos, cualquier caloría adicional en la dieta puede convertirse en triglicéridos, los cuales a su vez pueden transformarse en colesterol (American Heart Association, 2020).

El alimento que se consume se usa o se almacena, al comer la grasa de los alimentos es digerida y los triglicéridos son liberados al torrente sanguíneo, esto proporciona energía para realizar actividades o simplemente para mantener las funciones vitales. Aunque los niveles de

triglicéridos varían con la edad, se considera que un nivel es normal si es menor que 150 mg/dL (American Heart Association, 2020).

2.1.1.5 Agua:

Además de ser indispensable para la vida, el agua es un elemento notable dotado de sorprendentes propiedades; es el mayor componente del cuerpo humano entre 65 y 70% del peso corporal. De una manera u otra el agua está implicada en muchas, si no es que en todas, las reacciones corporales: se considera el solvente universal y sus funciones en el organismo son innumerables, ya que es el medio de transporte de la función circulatoria, donde ocurren muchas de las reacciones bioquímicas del metabolismo, el transporte de sustratos a través de la membrana celular, uno de los medios para la regulación de la temperatura corporal y para la realización de muchas de las funciones celulares, en general (Aranceta Bartrina, Castro Martínez, Meneses Sierra, Pfeffer Burak, & Sánchez Mijangos, 2018).

Según un estudio de *The National Academies of Sciences Engineering Medicine* (2016), determinaron que el consumo diario adecuado de agua en las mujeres es de 9 vasos de 8 onzas de agua al día.

2.1.2 Hábitos alimentarios:

Un hábito es un proceso gradual y se adquiere a lo largo de los años mediante una práctica repetida, por consiguiente, corresponde a patrones de consumo de alimentos que se han enseñado o se van adoptando paulatinamente de acuerdo con los gustos y preferencias, por lo que las personas seleccionan su alimentación en función de mantener una buena salud (Hidalgo, 2012).

La modificación de los propios hábitos siempre va ligada a la motivación. Sentir la necesidad es imprescindible para adoptar una nueva rutina. El problema principal es que tenemos una visión deformada de nuestros propios hábitos y comportamientos. Esto nos lleva a pensar que

los mensajes destinados a la promoción de una dieta saludable y a los cambios dietéticos siempre van destinados a personas con una salud más débil, más vulnerables o con más patologías, lo que dificulta el inicio del cambio. Sin embargo, tener una mejor información y una mayor educación nutricional siempre favorecerá el cambio en los comportamientos y estilo de vida (Vilaplana Batalla, 2016).

Los hábitos alimentarios abarcan la amplia gama de alimentos frecuentemente consumidos, los nutrientes que estos contienen, las preferencias, los patrones alimentarios, las porciones y las prácticas culinarias propias de cada persona (Guevara Villalobos, Céspedes Vidas, & Flores Soto, 2019).

A nivel internacional existen índices que permiten clasificar globalmente la calidad de la dieta tomando como referencia guías alimentarias o patrones dietéticos, destinados a población sana y adulta. A su vez en los últimos años han surgido algunos instrumentos de evaluación de patrones alimenticios, orientados a la concientización y promoción de la salud, a partir de los cuales se espera que las personas produzcan modificaciones para tener una dieta más saludable (González, Ruggiero, Antún, Mirri , & Yomal, 2016).

2.1.2.1 Hábitos alimentarios saludables:

Los hábitos alimentarios saludables, son aquellas prácticas de consumo de alimentos por medio de las cuales las personas seleccionan su alimentación en función de mantener una buena salud. Esto incluye adoptar un patrón de consumo que incluya todos los grupos de alimentos, según lo enseñan las guías alimentarias para Costa Rica y además respetar horarios y tiempos de comida (Hidalgo, 2012).

Las guías alimentarias son un instrumento que traduce e integra el conocimiento científico, así como los hábitos de alimentación de una población para establecer patrones de consumo alimentario en pro de una vida más saludable. Para alcanzar estos propósitos las guías alimentarias deben reforzar las prácticas y los hábitos que sean nutricionalmente adecuados, promover la modificación de los que sean inadecuados y estimular la incorporación de nuevos alimentos y prácticas alimentarias saludables (Ministerio de Salud, 2014).

Para Costa Rica, las Guías Alimentarias establecen una serie de pautas a seguir, entre ellas tener una alimentación variada, higiénica y natural es saludable, mantener un peso que beneficie su salud, comer arroz y frijoles, que son la base de la alimentación, consumir al menos entre 5 porciones al día de frutas y vegetales frescos, seleccionar productos de origen animal bajos en grasa, elegir grasas saludables, consumir menos azúcares, disminuir el consumo de sal, tomar agua todos los días, hacer actividad física todos los días y compartir los momentos de alimentación en un ambiente tranquilo (CIGA, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (2018), estipula que para una alimentación saludable en edad adulta, se debe consumir frutas, verduras, legumbres (tales como lentejas y alubias), frutos secos y cereales integrales, al menos 400 g (o sea, cinco porciones) de frutas y hortalizas al día, menos del 10% de la ingesta calórica total de azúcares libres, que equivale a 50 gramos (o unas 12 cucharaditas rasas), respecto a la sal recomienda menos de 5 gramos (aproximadamente una cucharadita) al día y debería ser yodada.

Menos del 30% de la ingesta calórica diaria procedente de grasas, las grasas no saturadas (presentes en pescados, aguacates, frutos secos y en los aceites de girasol, soja, canola y oliva) son preferibles a las grasas saturadas (presentes en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata, el queso, la mantequilla clarificada y la manteca de cerdo), y las grasas

trans de todos los tipos, en particular las producidas industrialmente (presentes en pizzas congeladas, tartas, galletas, pasteles, obleas, aceites de cocina y pastas untables), se sugirió reducir la ingesta de grasas saturadas a menos del 10% de la ingesta total de calorías, y la de grasas trans a menos del 1% (OMS, 2018).

Mantener hábitos de alimentación saludables desde edades muy tempranas favorece la prevención de enfermedades y problemas de salud relacionados con alimentación y nutrición. Sin embargo, la influencia que ejercen hoy las costumbres socioculturales, económicas, hábitos alimentarios familiares, los medios de comunicación y la industria en las prácticas alimentarias y estilos de vida, de uno u otra manera podrían inferir en la adopción de comportamientos saludables (Infante, 2011).

2.1.2.2 Ingesta de comida rápida:

La alimentación tradicional se ha visto desplazada por varios factores, como son la globalización, la urbanización y la industrialización, entre otros. Las personas han adoptado una dinámica que requiere invertir una importante cantidad de tiempo no solo en el desempeño de su jornada laboral o académica, sino también en los traslados de su hogar al trabajo o la escuela. Por tanto, las personas cuentan con poco tiempo que puedan destinar a la preparación e ingesta de sus alimentos. Aunado a esto, en la actualidad existe un creciente, competitivo y muy diverso mercado de alimentos procesados, conocidos como comida rápida (Viveros Paredes & Pastor Zarandona, 2017).

Genéricamente estos alimentos se caracterizan por tener un alto contenido calórico, condición que, aunada al excesivo tamaño de las porciones y la alta frecuencia de consumo, son factores que favorecen la etiología de la obesidad (Viveros Paredes & Pastor Zarandona, 2017).

Entre el 2000 y 2013 las compras de comida rápida per cápita aumentaron casi un 40%, basándose en datos de los 13 países estudiados. Estas compras se incrementaron en un 100% o más en Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana y Perú. El incremento del consumo se correlaciona fuertemente con el aumento del peso corporal promedio, lo que indica que estos productos son un importante motor en el crecimiento de las tasas de sobrepeso y obesidad en la región (OPS, 2015).

2.1.2.3 Porciones de los alimentos:

La nueva Rueda de los Alimentos está compuesta por 7 grupos de alimentos de diferentes tamaños, que indican la proporción de peso con la que cada uno de ellos debe estar presente en la comida diaria; el grupo de cereales y derivados, tubérculos corresponde a un 28%, las verduras un 23%, las frutas al 20%, los productos lácteos a un 18%, la carne, pescado y huevos un 5%, las legumbres al 4% y finalmente las grasas y aceites al 2% (SEDCA, 2019).

Dentro de cada grupo se recogen alimentos nutricionalmente similares, aunque a priori son sustituibles, conviene que haya variedad, ya que cada alimento tiene sus propias particularidades nutricionales (Grulla, 2020).

Las Guías Alimentarias para Costa Rica, recomiendan una alimentación variada que aporte todos los nutrientes que el cuerpo necesita para su adecuado funcionamiento. Para llevar una alimentación sostenible se recomienda comer mayor cantidad de vegetales y frutas producidas localmente y reducir el consumo de productos procesados (CIGA, 2017).

2.1.3 Enfermedades crónicas no transmisibles:

Las enfermedades no transmisibles, también conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.

2.1.3.1 Factores de riesgo

Entre los principales están los comportamientos modificables como el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol, por otro parte los metabólicos contribuyen a cuatro cambios fundamentales que aumentan el riesgo de ENT siendo estos el aumento de la tensión arterial, el sobrepeso y la obesidad, la hiperglucemia (concentraciones elevadas de glucosa en la sangre) y la hiperlipidemia (concentraciones elevadas de grasas en la sangre).

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo metabólico es el aumento de la presión arterial (al que se atribuyen el 19% de las muertes a nivel mundial), seguido por el sobrepeso y la obesidad y el aumento de la glucosa sanguínea (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes (Organización Mundial de la Salud, 2018).

2.1.3.2 Las cuatro principales enfermedades no transmisibles:

Según la Organización Panamericana de la Salud (2018) las cuatro principales enfermedades no transmisibles (las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes) tienen cuatro factores de riesgo en común: el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una alimentación poco saludable y la inactividad física. Estos factores de riesgo, a su vez, producen cambios metabólicos o fisiológicos importantes, como la hipertensión, el sobrepeso o la obesidad, la hiperglucemia y el aumento del colesterol.

2.1.3.2.1 Hipertensión (HTA):

La hipertensión arterial es la condición médica crónica más común en el cuidado primario y uno de los factores de riesgo cardiovascular modificable más trascendental en hombres y mujeres. Es la principal causa de muerte a nivel mundial; por tanto, reducir la presión arterial en ambos sexos previene la morbi-mortalidad. Aunque el sexo masculino tiene mayores cifras de presión arterial en todos los rangos de edad en comparación con el femenino, las mujeres añosas tienen una prevalencia ligeramente mayor de hipertensión arterial y casi siempre menos controlada (Urrea , 2018).

Las mujeres tienen el gasto cardíaco 10% más alto, en tanto que un 10% menos de resistencia vascular sistémica, lo que lleva a una presión de pulso más elevada y frecuencia cardíaca mayor (retorno rápido de la onda de pulso y menor período diastólico). Esta tendencia fisiológica puede explicar una mejor tolerancia vascular a la lesión, sin embargo, no se han descrito aún estos mecanismos protectores/deletéreos para la enfermedad cardiovascular (Urrea , 2018).

Los hábitos alimentarios inadecuados constituyen un factor de riesgo para el aumento de la prevalencia de la hipertensión arterial, no obstante, la complejidad implícita en el acto

alimentario y las dimensiones simbólicas y culturales no siempre son reconocidas por el personal de salud, quienes realizan recomendaciones alimentarias y sugerencias difíciles de llevar a cabo porque comprometen uno de los aspectos más preciados de la alimentación, el sabor de los alimentos y preparaciones (Arboleda Mothoya & Velasquez, 2015).

La American Heart Association establece cinco categorías de presión arterial, considerando como normal los números de presión arterial inferiores a 120/80 mm Hg. Si las lecturas están en esta categoría, se recomienda seguir hábitos saludables para el corazón, como una dieta equilibrada y actividad física regular. Por otra parte, se dice que está elevada cuando a veces los valores de las lecturas se encuentran, de forma habitual, entre 120 y 129 mm Hg en el caso de la sistólica y por debajo de 80 mm Hg en el de la diastólica, es probable que las personas con presión arterial elevada desarrollen hipertensión arterial a menos que se tomen medidas para controlar la enfermedad.

La hipertensión en fase 1 es cuando la presión arterial sistólica varía, con regularidad, de 130 a 139 mm Hg y la diastólica de 80 a 89 mm Hg. En esta fase es probable que los médicos recomienden realizar cambios en el estilo de vida y consideren la posibilidad de incorporar medicamentos para la presión arterial en función de su riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECA), como un ataque al corazón o un derrame cerebral (American Heart Association, 2018).

La hipertensión en fase 2 se encuentra de forma regular en rangos de 140/90 mm Hg o superiores, en esta fase los médicos prescriben una combinación de medicamentos para la presión arterial y cambios en el estilo de vida. Finalmente, la crisis de hipertensión requiere atención médica, si las lecturas de presión arterial de repente superan los valores de 180/120 mm Hg (American Heart Association, 2017).

Según la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular del 2010, dirigida a mayores de 20 años, encontró una prevalencia de 31,5% de Hipertensión diagnosticada y 6,3% no diagnosticada, lo que sumado nos da una prevalencia nacional de 37,8%, siendo más alta en el sexo femenino (Ministerio de Salud, 2014).

2.1.3.2.2 Obesidad:

La OMS (2018) define a la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Es una enfermedad crónica, de origen multifactorial, de alta prevalencia, que se asocia con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, de una disminución de la calidad de vida y de un incremento de la mortalidad.

Según la OPS (2018) uno de los factores que explican el alza de la obesidad y el sobrepeso es el cambio en los patrones alimentarios. El crecimiento económico, el aumento de la urbanización y los ingresos medios de las personas y la integración de la región en los mercados internacionales, han reducido el consumo de preparaciones tradicionales y han aumentado el consumo de productos ultra procesados; un problema que afecta con mayor fuerza a las zonas y países que son importadores netos de alimentos.

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y calorías gastadas. Se ha visto una tendencia universal a tener una mayor ingesta de alimentos ricos en grasa, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes. El otro aspecto de relevancia es la disminución de la actividad física producto del estilo de vida sedentario debido a la mayor automatización de las actividades laborales, los métodos modernos de transporte y de la mayor vida urbana (Moreno, 2012).

La OMS clasifica la obesidad en 3 categorías según el cálculo del IMC, la obesidad grado I o moderada tiene un rango de 30-34.9 Kg/cm², la obesidad grado II o severa va de 35-39.5 Kg/cm², finalmente la obesidad grado III o mórbida se define cuando el IMC es mayor o igual a 40 Kg/cm².

Se ha podido establecer que la acumulación preferencial de grasa en la zona toracoabdominal del cuerpo se asocia a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y metabólica. Por esta razón, se han planteado desde entonces el empleo de una serie de mediciones e índices para determinar la distribución de la grasa corporal. Entre los más utilizados se encuentran el índice cintura cadera y la medición exclusiva de la circunferencia de cintura, que se plantea que estima con la misma exactitud la grasa intraabdominal como lo hace la relación cintura cadera. Por lo anterior, hoy en día se considera a la medición de la circunferencia de cintura un buen predictor clínico del riesgo cardiovascular asociado a la obesidad abdominal (Moreno, 2012).

Según las recomendaciones de las Guías Clínicas para la Obesidad del Instituto Nacional de Salud de los EE.UU, se consideran puntos de corte de circunferencia de cintura de 88cm para las mujeres, esta circunferencia es tan buen indicador de la grasa corporal total como el IMC, y a su vez es el mejor predictor antropométrico de grasa visceral (Laspiur, 2017).

2.1.3.2.3 Diabetes:

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) (ADA, 2020).

Según el tipo de diabetes que la persona tenga, el control del nivel de azúcar en sangre, la insulina y los medicamentos orales pueden influir en el tratamiento. Una alimentación sana, un

peso saludable y la actividad regular también son factores importantes en el control de la diabetes (Mayo Clinic, 2019).

La American Diabetes Association define en su artículo denominado “Estándares de atención médica en la diabetes” (2018), las siguientes categorías generales; Diabetes tipo 1 causada por la destrucción autoinmune de las células β , que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina; Diabetes tipo 2 debido a la pérdida progresiva de la secreción de insulina de las células β con frecuencia en el fondo de la resistencia a la insulina, la Diabetes mellitus gestacional diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no fue claramente evidente en la diabetes antes de la gestación, y finalmente los tipos específicos de diabetes debido a otras causas, por ejemplo, síndromes de diabetes monogénica (como diabetes neonatal y diabetes de inicio en la madurez (MODY), enfermedades del páncreas exocrino como fibrosis quística y pancreatitis y diabetes inducida por sustancias químicas como con el uso de glucocorticoides, en el tratamiento del VIH / SIDA o después de un trasplante de órganos.

La diabetes mellitus tipo 2 está relacionada casi que necesariamente a la condición de obesidad y, por lo tanto, con la resistencia a la insulina (RI), pero se requiere adicionalmente de un deterioro de la función de la célula beta pancreática. Para vencer la RI, la célula beta inicia un proceso que termina en el aumento de la masa celular, produciendo mayor cantidad de insulina (hiperinsulinismo), que inicialmente logra compensar la RI, y mantener los niveles de glucemia normales; sin embargo, con el tiempo, la célula beta pierde su capacidad para mantener la hiperinsulinemia compensatoria, produciéndose un déficit relativo de insulina con respecto a la RI. Aparece finalmente la hiperglucemia, inicialmente en los estados post prandiales y luego en ayunas, a partir de lo cual se establece el diagnóstico de DM2 (Castillo Barcias, 2015).

Nutricionalmente según ensayos de intervención, los patrones de alimentación que pueden ser útiles para las personas con prediabetes incluyen un plan de alimentación mediterráneo y un plan de alimentación bajo en calorías y bajo en grasa. Además, la evidencia sugiere que la calidad general de los alimentos consumido, según lo medido por el Índice de alimentación saludable alternativa, con un énfasis en los granos integrales, legumbres, nueces, frutas y verduras, y un mínimo de alimentos procesados y refinados, también es importante (ADA, 2018).

Según la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular realizada en Costa Rica en el año 2010 a personas de 20 años y más, la prevalencia de diabetes fue de un 1,3% y en población diagnosticada 9,5% lo que nos da una prevalencia nacional de 10,8% cifra similar a las encontradas en países como Canadá y Estados Unidos de Norteamérica, siendo más elevada en el sexo femenino (11,6%) que en el masculino (9,8%).

2.1.3.2.4 Dislipidemia:

Recibe el nombre también de hiperlipidemia, corresponde a alteraciones de colesterol y triglicéridos en el torrente sanguíneo; contribuyen a la aterosclerosis que pueden llevar a la mortalidad cardiovascular; su causa puede deberse a factores hereditarios, a una alimentación inadecuada rica en grasas e inactividad física (Solorzano Solorzano, 2018).

El Programa Nacional de Educación sobre Colesterol/Tercer Panel de Tratamiento para Adultos (NCEP/ATP III) considera los siguientes valores para las lipoproteínas involucradas en la determinación de las dislipidemias, el colesterol ≥ 200 mg/dL, triglicéridos ≥ 150 mg/dL, HDL < 40.00 mg/dL, LDL se asumió como nivel de riesgo ≥ 130 mg/dL.

También establece valores lipídicos según los puntos de corte donde el colesterol deseable, las cifras < 200 mg/dL; límitrofes altos, el rango entre 200 y 239 mg/dL, y elevados, las cifras ≥ 240 mg/dL. Para el LDL, se consideraron óptimos los valores < 100 mg/dL; mayores al óptimo, entre 100 y 129 mg/dL; límitrofes altos, entre 130 y 159 mg/dL; altos, los rangos entre 160 y 189 mg/dL, y muy altas, las cifras ≥ 190 mg/dL. Se registró HDL bajo si las cifras eran < 40 mg/dL y alto si los valores eran ≥ 60 mg/dL. Los triglicéridos se clasificaron como normales si las cifras eran < 150 mg/dL, límitrofes altos, el rango entre 150 y 199 mg/dL; altos, entre 200 y 499 mg/dL, y muy altos, los valores ≥ 500 mg/dL. (Sullivan, Olsson, & Scott, 2012)

El Ministerio de Salud en su informe sobre el Análisis de la situación de Salud en Costa Rica, publicado en 2014 determinó que las personas con cifras elevadas de colesterol total en su sangre (por arriba de 200 mg/dL) representaron el 42%. Para el caso de los hombres la prevalencia encontrada 42,4%, y en caso de las mujeres 41,6%, dicho de otra manera 4 de cada 10 costarricenses mayores de 20 años tiene valores altos de colesterol.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrolla con un enfoque cuantitativo, por medio de la recolección de datos a través de encuestas, mediciones y análisis estadístico que permite determinar si existe relación entre los hábitos alimentarios y las ECNT presentes en el grupo de mujeres de 30 a 45 años del Programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación de este estudio es descriptivo, se describen los hechos tal y como son observados, identificando las relaciones entre las variables, encontradas en la población de estudio.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

3.3.1 Área de estudio

Programa Agenda Local de Mujeres en San Rafael de Heredia.

3.3.2 Población

La población está compuesta por mujeres en edades entre 30 y 65 años, que poseen como mínimo una enfermedad crónica no transmisible, vecinas de San Rafael de Heredia y sus alrededores.

3.3.3 Muestra

Se conoce que el total de la población es de 300 mujeres, por lo que se aplica la fórmula para determinar el tamaño de la muestra probabilística, dando como resultado una muestra de 73 mujeres.

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1) + Z^2PQ}$$

$$n = \frac{300 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1)^2(300 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 73$$

3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión

A continuación, se presentan los criterios de inclusión y exclusión empleados en la investigación.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de la investigación, Heredia, Costa Rica, 2020

| <i>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</i> | <i>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</i> |
|--|--|
| Mujeres de 30 a 65 años | Hombres |
| Participante del programa Agenda Local de Mujeres en San Rafael de Heredia | Mujer embarazada |
| Vivir en Heredia | Mujeres que no deseen participar de la investigación |
| Tener alguna ECNT | Mujer sana |

Fuente: Elaboración propia, 2020

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de los datos durante el desarrollo de la investigación se utiliza un instrumento de evaluación de elaboración propia, el cual es dividido en las siguientes secciones:

1. Características sociodemográficas: incluye preguntas personales, entre ellas, edad, lugar de residencia y nivel académico.

2. Evaluación dietética: con el fin de conocer los hábitos alimentarios la evaluación contempla el número de tiempos de comida, cuáles realiza, quién prepara los alimentos, que tipo de cocción utilizan más frecuentemente, uso de sal adicional a los alimentos, tipo de grasa para cocinar, el consumo de agua, cuántas veces por semana consume comida rápida.

Para obtener datos más generales se realizará una frecuencia de consumo por grupo de alimento, mediante una encuesta con preguntas cerradas.

3. Antecedentes patológicos personales: lista de patologías incluyentes en la categoría de ECNT.

4. Estilo de vida: contiene aspectos relacionados a la actividad física que realiza, tiempo y frecuencia, ingesta de alcohol y/o tabaco.

Como documento de aceptación y aprobación en la participación de cada una de las mujeres seleccionadas recibirán antes de las evaluaciones mencionadas, un consentimiento informado el cual es utilizado en personas mayores de 12 años, donde detalla el desarrollo de la investigación, el propósito, qué actividades se realizarán, cómo se aplican, los beneficios que obtiene la participante al ser parte de la investigación. Dicho documento da la libertad a la persona de negar su participación en la investigación.

3.4.1 Validez del cuestionario

Para esta investigación se propone realizar el plan piloto con mujeres que presentan características similares a la población en estudio con el fin de validar el instrumento.

Se aplica el instrumento de recolección de datos a 10 personas, con el fin de validar que las preguntas fueran objetivas, claras y entendidas por los participantes.

3.4.2 Confiabilidad del cuestionario

La confiabilidad del instrumento se obtendrá mediante la revisión y aprobación del cuestionario para comenzar con la recolección de los datos.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es de tipo no experimental ya que este se basa en la observación tal y como se da en su contexto natural para que estos puedan ser después analizados y de manera transversal, ya que son observados y analizados una única vez.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 2. Operacionalización de las variables

| Objetivo específico | Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensión | Indicador | Instrumento |
|---|-----------------------------------|--|--|---|--|---|
| Describir las características sociodemográficas de la población en estudio. | Características sociodemográficas | Estudio estadístico de las características sociales de una población | Características que describen a la población en cuanto a edad, estado civil, nivel de escolaridad, domicilio y oficio. | Edad Estado civil Nivel de escolaridad Domicilio Oficio | 30-39 años 40-49 años 50 - 59 años Más de 60 años Casada Divorciada Soltera Unión libre Primaria completa Secundaria completa Secundaria incompleta Técnico Universidad completa Universidad incompleta Barva Heredia San Isidro San Pablo San Rafael Ama de casa Secretaria Educadora Empleada doméstica Estilista Estudiante | Instrumento de recolección de datos sección 1. Características sociodemográficas. |

| | | | | | | |
|--|----------------------|---|---|--|---|--|
| | | | | | Operaria Asistente administrativa Otro | |
| Conocer las enfermedades crónicas no transmisibles presentes en las mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia. | ECNT | Grupo de enfermedades no transmisibles o crónicas de larga | Características que permiten definir los antecedentes patológicos personales | Lista de enfermedades crónicas no transmisibles | Obesidad Diabetes Dislipidemias (Col o TG altos) Hipertensión Cáncer Enfermedad cardiovascular Enfermedad renal Depresión Problemas dentales Problemas de masticación Gastritis Nauseas Reflujo gastroesofágico Diarrea Estreñimiento Colon irritable Vómitos | Instrumento de recolección de datos Sección 4. Antecedentes patológicos personales |
| Evaluar los hábitos alimentarios de las mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia. | Hábitos alimentarios | Hábitos adquiridos desde el nacimiento que influyen en la alimentación. | Llenar el instrumento en las secciones de evaluación dietética, estilo de vida, frecuencia de consumo | Tiempos de comida Tipo de grasa para cocción Método de cocción Consumo de azúcar Tipo de edulcorante | 1-2 3-4 5-6 Aceite Mantequilla Manteca Spray A la plancha Asado Fritura Hervido Varios Sí | Instrumento de recolección de datos sección 2. Evaluación dietética Sección 5. Estilos de vida Frecuencia de consumo |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------|---|--|
| | | | | Consumo de agua en ml | No | |
| | | | | Consumo de comida rápida | No utilizo Nativia Sacarina Splenda Stevia | |
| | | | | | 250-750 ml 1000 – 1500 ml 1750 – 2250 ml Más de 2250 ml | |
| | | | | | Menos de 1 vez al mes 2 a 3 veces a la semana 1 vez a la semana Más de 4 veces a la semana | |

Fuente: Elaboración propia, 2020

3.7 PLAN PILOTO

Se plantea aplicar el plan piloto a 10 mujeres, las cuales presentan características similares a la población en estudio. Debido a la pandemia por SARS-CoV-2 el plan piloto se aplica también de manera virtual, el consentimiento informado también se incluye de manera digital utilizando la plataforma de Google Forms.

A partir de las primeras encuestas recibidas en la prueba piloto se observa que el completar el instrumento toma un tiempo mínimo de 17 minutos y un máximo de 50 minutos, no se realiza la modificación en las variables de la investigación, solo se considera que 3 de las participantes tomaron más tiempo para completarlo debido a que no están muy familiarizadas con estos formularios digitales y les resulto difícil completar la frecuencia de consumo.

3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos de esta investigación durante la pandemia de SARS-CoV-2, se hace uso de una encuesta digital previamente elaborada en el programa Google Forms.

El enlace para la encuesta virtual es enviado a cada participante por medio de la aplicación para celulares WhatsApp, las participantes con dudas o preguntas sobre la encuesta o la herramienta de Google Forms son contactados vía telefónica y por zoom para poder esclarecer sus dudas.

3.9 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Los resultados que se obtienen mediante la aplicación del instrumento se organizan en una base de datos creada en el programa Excel de Microsoft Office 365 Pro-Plus; en donde, se codifica cada una de las variables cuantitativas para posteriormente realizar su respectivo análisis.

3.10 ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron analizados en forma univariada por medio del programa Excel de Microsoft Office 365 Pro-Plus, esta información fue tabulada y luego graficada.

Además, se analizó de manera bivariada, utilizando la prueba exacta de Fisher, que es una prueba de significación estadística utilizada en el análisis de tablas de contingencia. Aunque en la práctica se emplea cuando los tamaños de muestra son pequeños como en este caso, también es válido para todos los tamaños de muestra.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. GENERALIDADES

A partir del desarrollo de la investigación, en este apartado se exponen los resultados obtenidos al evaluar la población mediante el instrumento utilizado.

4.1.1 Descripción del perfil sociodemográfico

Se presentan las características sociodemográficas de la población en estudio, mediante los indicadores de rango de edad, estado civil, escolaridad, residencia y oficio, en la siguiente tabla:

Tabla 3. Características demográficas presentes en la muestra de mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.

| Característica sociodemográfica | Número de personas (Abs) | Porcentaje (%) |
|--|-------------------------------------|---------------------------|
| Edad | | |
| 30-39 años | 21 | 28 |
| 40-49 años | 30 | 40 |
| 50 - 59 años | 20 | 27 |
| Más de 60 años | 4 | 5 |
| TOTAL | 75 | 100 |
| Estado Civil | | |
| Casada | 41 | 55 |
| Divorciada | 8 | 11 |
| Soltera | 15 | 20 |
| Unión Libre | 11 | 14 |
| TOTAL | 75 | 100 |
| Nivel de escolaridad | | |

| | | |
|------------------------|-----------|------------|
| Primaria completa | 3 | 4 |
| Secundaria completa | 16 | 21 |
| Secundaria incompleta | 18 | 24 |
| Técnico | 13 | 17 |
| Universidad completa | 17 | 23 |
| Universidad incompleta | 8 | 11 |
| TOTAL | 75 | 100 |

Domicilio

| | | |
|--------------|-----------|------------|
| Barva | 6 | 8 |
| Heredia | 7 | 9 |
| San Isidro | 3 | 4 |
| San Pablo | 17 | 23 |
| San Rafael | 42 | 56 |
| TOTAL | 75 | 100 |

Fuente: Elaboración propia, 2020

En la tabla N°3 se detalla la caracterización sociodemográfica de la población, determinando un rango etario predominante de 40 – 49 años, la mayoría de ellas están casadas, con secundaria incompleta, vecinas de San Rafael y dedicadas a los oficios del hogar.

Con respecto a los oficios a los que se dedican las mujeres del estudio, 28 (37%) mujeres son amas de casa, 9 (12%) son secretarias y 6 (8%) de ellas son educadoras, las demás se dedican a otros oficios.

4.1.2. Identificación de las enfermedades crónicas no transmisibles

En la evaluación de los antecedentes patológicos personales, se logran exponer las principales enfermedades crónicas no transmisibles presentes entre las participantes.

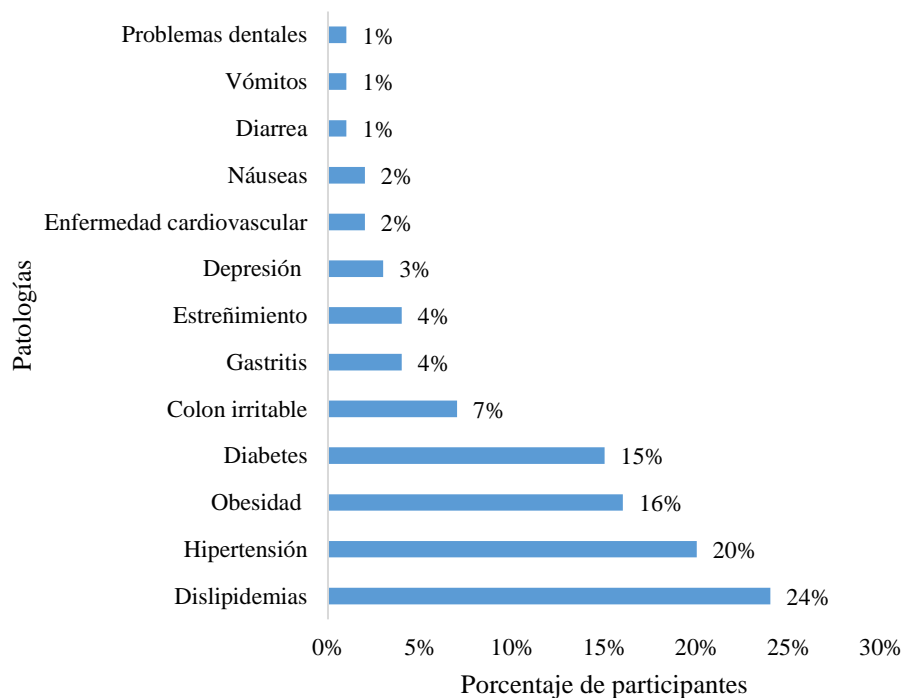


Figura N°1. Enfermedades crónicas no transmisibles presentes en las mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de San Rafael de Heredia, 2020. Fuente: Elaboración propia, 2020

En la figura N°1 se reflejan las principales patologías presentes en la población en estudio, siendo las dislipidemias las que sobresalen con 24% de las participantes, en segundo lugar, se encuentra la hipertensión presente en 20% de las mujeres, seguido por la diabetes que la presentan 15% y el parámetro de la obesidad lo representa el 16% de las participantes.

4.1.3 Identificación de los hábitos alimentarios de la población en estudio

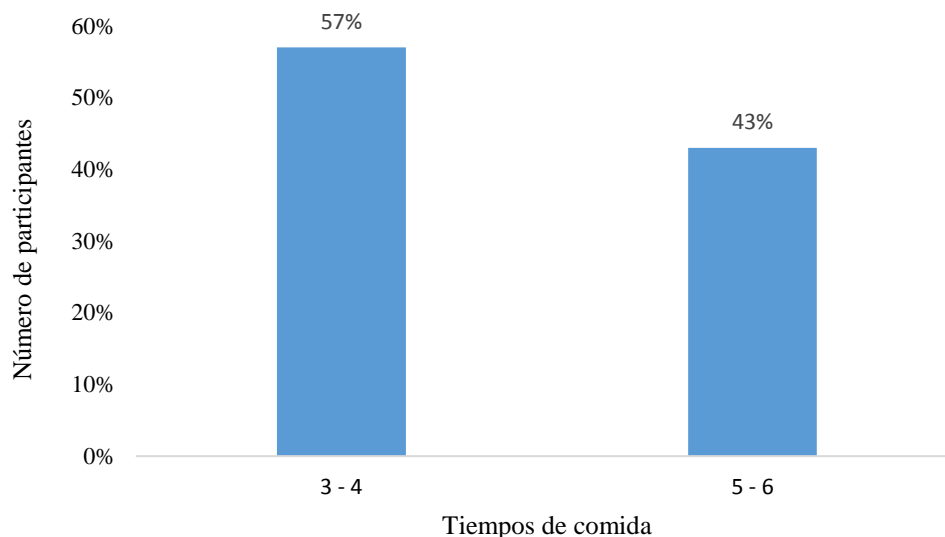


Figura N°2. Distribución de la cantidad de tiempos de comida diario que realizan las mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de San Rafael de Heredia, 2020. Fuente: (Elaboración propia, 2020).

La figura N°2 correspondiente a tiempos de comida, muestra que 57% de las mujeres realizan entre 3 y 4 tiempos y 43% de ellas hacen entre 5 y 6 tiempos al día.

Según el tipo de grasa que utilizan para las cocciones, el aceite es el más utilizado por el 75% de las participantes y el 25% restante dicen utilizar el spray, ninguna de ellas usa mantequilla o manteca para la preparación de sus comidas.

Por otra parte, la mayoría de las mujeres en estudio utilizan varios métodos de cocción favoritos representado por 68 de ellas, solo 3 confirmaron que su método favorito es la fritura, 2 de ellas a la plancha, con el método asado solamente 1, al igual que hervido indicado solo por una participante.

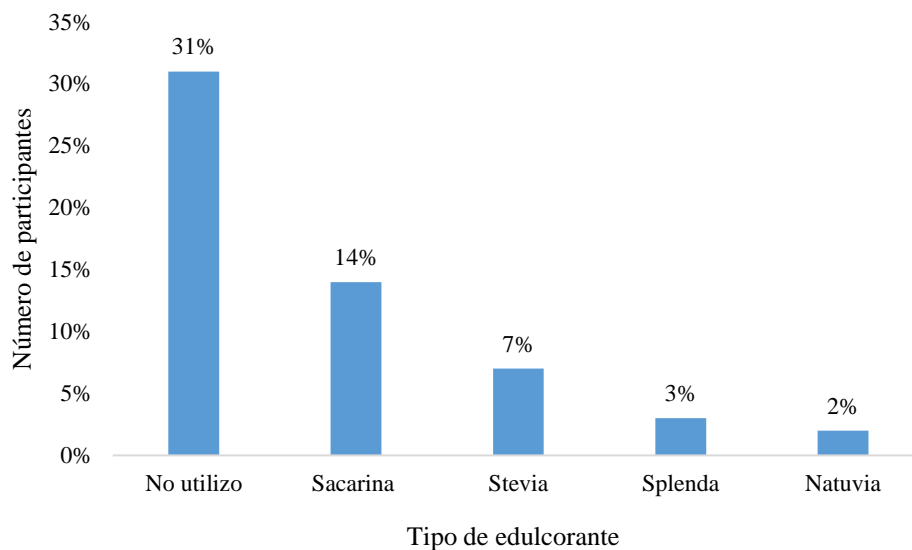


Figura N°3. Distribución del tipo de edulcorantes entre las mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres, San Rafael de Heredia. Fuente: (Elaboración propia, 2020).

En la figura N°3, se representa el consumo y tipo de edulcorantes, 31% de las mujeres no consumen edulcorantes, 14% de ellas prefieren la sacarina, y en menor porcentaje consumen stevia representado por el 7% de las participantes.

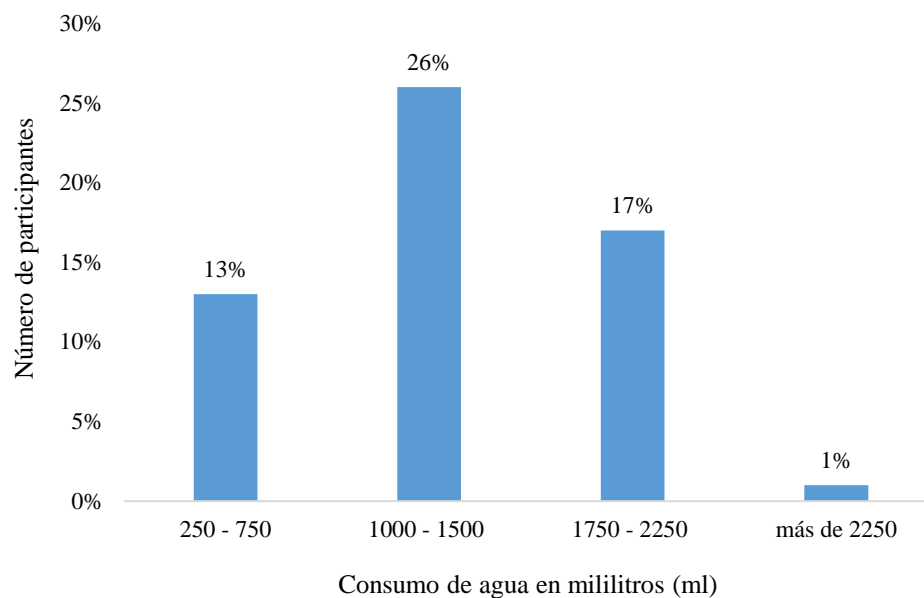


Figura N°4. Distribución del consumo de agua en mililitros en las mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres, San Rafael de Heredia. Fuente: (Elaboración propia, 2020).

En la figura N°4 se representa el consumo de agua en mililitros, 26% de las mujeres toman de 1000 a 1500ml, 17% de ellas de 1750 a 2250ml, en el rango de 250 a 750 ml está el 13% participantes y solamente el 1% consume más de 2250ml de agua diarios.

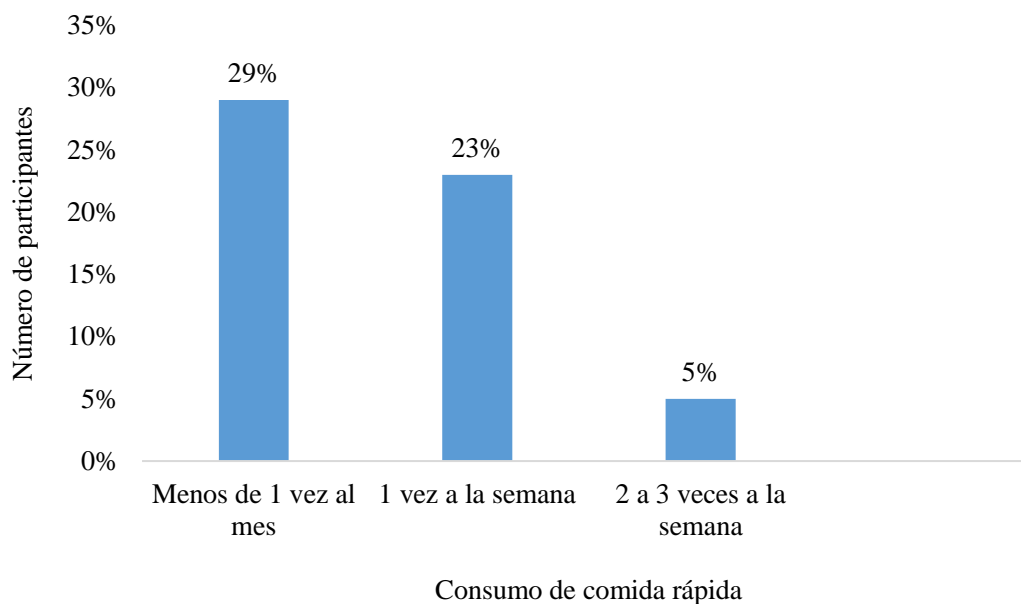


Figura N°5. Distribución de la frecuencia de consumo de comidas rápidas en las mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres, San Rafael de Heredia. Fuente: (Elaboración propia, 2020).

Según la figura N°5 correspondiente al consumo de comidas rápidas, 29% de las mujeres indicaron que lo hacen menos de 1 vez al mes, 23% de ellas 1 vez a la semana, el 5% de ellas consumen entre 2 y 3 veces a la semana y ninguna lo hace más de 4 veces por semana.

Tabla N°4. Frecuencia de consumo de harinas entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.

| Alimento | Número de personas | Porcentaje |
|---|---------------------------|-------------------|
| Pan cuadrado blanco (1 rebanada) | | |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 1 vez por semana | 17 | 23% |
| 2 a 4 veces a la semana | 4 | 5% |
| 2 a 4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 28 | 37% |
| Nunca | 22 | 29% |
| Pan baguette (4 dedos) | | |
| 1 vez al día | 9 | 12% |
| 1 vez por semana | 19 | 25% |
| 2 a 4 veces a la semana | 15 | 20% |
| 2 a 4 veces al día | 3 | 4% |
| Menos de 1 vez al mes | 26 | 35% |
| Nunca | 3 | 4% |
| Pan integral (1 rebanada) | | |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 1 vez por semana | 5 | 7% |
| 2 a 4 veces a la semana | 4 | 5% |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 1% |
| Menos de 1 vez al mes | 20 | 27% |
| Nunca | 43 | 57% |
| Arroz blanco (1/2 tz) | | |
| 1 vez al día | 24 | 32% |
| 1 vez por semana | 1 | 1% |
| 2 a 4 veces a la semana | 15 | 20% |

| | | |
|-----------------------|----|-----|
| 2 a 4 veces al día | 34 | 45% |
| Menos de 1 vez al mes | 1 | 1% |

Pasta o macarrones ()

| | | |
|-------------------------|----|-----|
| 1 vez al día | 5 | 7% |
| 1 vez por semana | 29 | 39% |
| 2 a 4 veces a la semana | 27 | 36% |
| 2 a 4 veces al día | 3 | 4% |
| Menos de 1 vez al mes | 10 | 13% |
| Nunca | 1 | 1% |

Frijoles (1/2 tz)

| | | |
|-------------------------|----|-----|
| 1 vez al día | 17 | 23% |
| 1 vez por semana | 8 | 11% |
| 2 a 4 veces a la semana | 20 | 27% |
| 2 a 4 veces al día | 27 | 36% |
| Menos de 1 vez al mes | 1 | 1% |
| Nunca | 2 | 3% |

Lentejas, frijoles blancos, garbanzos (1/2 tz)

| | | |
|-------------------------|----|-----|
| 1 vez al día | 3 | 4% |
| 1 vez por semana | 27 | 36% |
| 2 a 4 veces a la semana | 21 | 28% |
| 2 a 4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 19 | 25% |
| Nunca | 3 | 4% |

Tubérculos como yuca, papa, camote en puré 1/2 tz

| | | |
|-------------------------|----|-----|
| 1 vez al día | 5 | 7% |
| 1 vez por semana | 26 | 35% |
| 2 a 4 veces a la semana | 28 | 37% |
| 2 a 4 veces al día | 4 | 5% |
| Menos de 1 vez al mes | 10 | 13% |

| | | |
|---------------------------------------|----|-----|
| Nunca | 2 | 3% |
| Cereal de desayuno (1/2 tz) | | |
| 1 vez al día | 4 | 5% |
| 1 vez por semana | 3 | 4% |
| 2 a 4 veces a la semana | 17 | 23% |
| Menos de 1 vez al mes | 6 | 8% |
| Nunca | 45 | 60% |
| Plátano maduro (1/4 de unidad) | | |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 1 vez por semana | 20 | 27% |
| 2 a 4 veces a la semana | 15 | 20% |
| 2 a 4 veces al día | 4 | 5% |
| Menos de 1 vez al mes | 25 | 33% |
| Nunca | 9 | 12% |
| Tortilla de maíz (1 u) | | |
| 1 vez al día | 5 | 7% |
| 1 vez por semana | 22 | 29% |
| 2 a 4 veces a la semana | 24 | 32% |
| 2 a 4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 19 | 25% |
| Nunca | 3 | 4% |
| Tortilla de harina (1 u) | | |
| 1 vez al día | 4 | 5% |
| 1 vez por semana | 9 | 12% |
| 2 a 4 veces a la semana | 11 | 15% |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 1% |
| Menos de 1 vez al mes | 25 | 33% |
| Nunca | 25 | 33% |
| Avena (2 cdas) | | |

| | | |
|---|----|-----|
| 1 vez al día | 5 | 7% |
| 1 vez por semana | 10 | 13% |
| 2 a 4 veces a la semana | 7 | 9% |
| 2 a 4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 18 | 24% |
| Nunca | 33 | 44% |
| Galleta maría o soda (1 paquete) | | |
| 1 vez al día | 8 | 11% |
| 1 vez por semana | 14 | 19% |
| 2 a 4 veces a la semana | 32 | 43% |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 1% |
| Menos de 1 vez al mes | 16 | 21% |
| Nunca | 4 | 5% |

Fuente: Elaboración propia, 2020

En la tabla N°4, se describe la frecuencia de consumo de harinas de las mujeres encuestadas, el 37% indica que consume pan cuadrado blanco menos de 1 vez al mes, el pan baguette el 35% dice consumirlo menos de 1 vez al mes, 57% refiere no consumir pan integral, el arroz blanco lo consumen 45% de ellas de 2 a 4 veces al día, 39% consume pasta 1 vez a la semana, el consumo de frijoles lo hacen 36% de 2 a 4 veces al día, una vez a la semana el 36% refiere consumir lentejas, frijoles blancos o garbanzos, el 37% consume tubérculos de 2 a 4 veces por semana, los cereales de desayuno el 23% lo hacen con una frecuencia de 2 a 4 veces a la semana, 33% consume menos de 1 vez al mes plátano maduro, el 32% come tortillas de maíz de 2 a 4 veces a la semana, las tortillas de harina el 33% dice consumirlas menos de 1 vez al mes, el 44% no consume avena, de 2 a 4 veces a la semana y el 43% come galletas tipo maría o soda.

Tabla N°5. Frecuencia de consumo de lácteos entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.

| Alimento | Número de personas | de Porcentaje |
|---|---------------------------|----------------------|
| Leche entera (1 vaso) | | |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 1 vez por semana | 3 | 4% |
| 2 a 4 veces a la semana | 4 | 5% |
| 2 a 4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de una vez al mes | 1 | 1% |
| Nunca | 63 | 84% |
| Leche semidescremada 2% (1 vaso) | | |
| 1 vez al día | 13 | 17% |
| 1 vez por semana | 10 | 13% |
| 2 a 4 veces a la semana | 20 | 27% |
| 2 a 4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de una vez al mes | 1 | 1% |
| Nunca | 29 | 38% |
| Leche descremada 0% (1 vaso) | | |
| 1 vez al día | 3 | 4% |
| 1 vez por semana | 5 | 7% |
| 2 a 4 veces a la semana | 17 | 23% |
| 2 a 4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de una vez al mes | 2 | 3% |
| Nunca | 46 | 61% |
| Yogurt (1 vaso) | | |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 1 vez por semana | 15 | 20% |

| | | |
|--------------------------------|----|-----|
| 2 a 4 veces a la semana | 7 | 9% |
| Menos de una vez al mes | 28 | 37% |
| Nunca | 23 | 31% |
| Leche en polvo (2 cdas) | | |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 1 vez por semana | 4 | 5% |
| 2 a 4 veces a la semana | 6 | 8% |
| Menos de una vez al mes | 11 | 15% |
| Nunca | 52 | 69% |

Fuente: Elaboración propia, 2020

Según la tabla N°5, referente al consumo de lácteos de las mujeres afirma que el 84% de ellas nunca consumen leche entera, el 39% no toman leche semidescremada, el 61% nunca ingiere leche descremada, 37% de ellas consumen yogurt menos de una vez al mes y el 69% nunca consume leche en polvo.

Tabla N°6. Frecuencia de consumo de vegetales y verduras entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.

| Alimento | Número de personas | Porcentaje |
|--|---------------------------|-------------------|
| Hojas verdes espinaca, lechuga (1 tz) | | |
| 1 vez a la semana | 9 | 12% |
| 1 vez al día | 32 | 43% |
| 2 a 4 veces a la semana | 16 | 21% |
| 2 a 4 veces al día | 16 | 21% |
| Nunca | 2 | 3% |
| Brócoli (1/2 tz) | | |
| 1 vez a la semana | 24 | 32% |
| 1 vez al día | 5 | 7% |

| | | |
|-------------------------|----|-----|
| 2 a 4 veces a la semana | 16 | 21% |
| Menos de 1 vez al mes | 23 | 31% |
| Nunca | 7 | 9% |

Coliflor (1/2 tz)

| | | |
|-------------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 23 | 31% |
| 1 vez al día | 3 | 4% |
| 2 a 4 veces a la semana | 14 | 19% |
| Menos de 1 vez al mes | 28 | 37% |
| Nunca | 7 | 9% |

Tomate (1 tz)

| | | |
|-------------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 9 | 12% |
| 1 vez al día | 29 | 39% |
| 2 a 4 veces a la semana | 20 | 27% |
| 2 a 4 veces al día | 16 | 21% |
| Menos de 1 vez al mes | 1 | 1% |

Chile, culantro, cebolla, ajo

| | | |
|-------------------------|----|-----|
| 1 vez al día | 14 | 19% |
| 2 a 4 veces a la semana | 10 | 13% |
| 2 a 4 veces al día | 50 | 67% |
| Menos de 1 vez al mes | 1 | 1% |

Berenjena (1/2 tz)

| | | |
|-------------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 2 | 3% |
| 1 vez al día | 1 | 1% |
| 2 a 4 veces a la semana | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 33 | 44% |
| Nunca | 37 | 49% |

Zuchinni (1/2 tz)

| | | |
|-------------------|---|-----|
| 1 vez a la semana | 9 | 12% |
| 1 vez al día | 2 | 3% |

| | | |
|---------------------------|----|-----|
| 2 a 4 veces a la semana | 7 | 9% |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 1% |
| Menos de 1 vez al mes | 30 | 40% |
| Nunca | 26 | 35% |
| Zanahoria (1/2 tz) | | |
| 1 vez a la semana | 26 | 35% |
| 1 vez al día | 5 | 7% |
| 2 a 4 veces a la semana | 20 | 27% |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 1% |
| Menos de 1 vez al mes | 21 | 28% |
| Nunca | 2 | 3% |
| Pepino (1 tz) | | |
| 1 vez a la semana | 24 | 32% |
| 1 vez al día | 4 | 5% |
| 2 a 4 veces a la semana | 22 | 29% |
| 2 a 4 veces al día | 3 | 4% |
| Menos de 1 vez al mes | 19 | 25% |
| Nunca | 3 | 4% |
| Vainicas (1/2 tz) | | |
| 1 vez a la semana | 22 | 29% |
| 1 vez al día | 3 | 4% |
| 2 a 4 veces a la semana | 12 | 16% |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 1% |
| Menos de 1 vez al mes | 30 | 40% |
| Nunca | 7 | 9% |

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla N°6, corresponde a la frecuencia de consumo de vegetales y verduras, donde el 43% de las mujeres afirma consumir hojas verdes como espinaca y lechuga una vez al día, 32% come brócoli una vez a la semana, 37% consume coliflor menos de una vez al mes, 39% come tomate

una vez al día, 67% come chile, culantro, cebolla y ajo con una frecuencia de 2 a 4 veces al día en sus preparaciones, 49% nunca consume berenjena, 40% come zuchinni menos de una vez al mes, 35% consume zanahoria una vez a la semana, el 32% de ellas come pepino una vez a la semana y el 40% come vainicas menos de una vez al mes.

Tabla N°7. Frecuencia de consumo de proteínas entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.

| Alimento | Número de personas | Porcentaje |
|-----------------------|---------------------------|-------------------|
| Huevo (1 u) | | |
| 1 vez a la semana | 11 | 15% |
| 1 vez al día | 13 | 17% |
| 2-4 veces a la semana | 47 | 63% |
| 2-4 veces al día | 4 | 5% |
| Pollo (2 cdas) | | |
| 1 vez a la semana | 48 | 64% |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 2-4 veces a la semana | 21 | 28% |
| 2-4 veces al día | 1 | 1% |
| Menos de 1 vez al mes | 2 | 3% |
| Nunca | 1 | 1% |
| Cerdo (2 cdas) | | |
| 1 vez a la semana | 33 | 44% |
| 1 vez al día | 1 | 1% |
| 2-4 veces a la semana | 4 | 5% |
| 2-4 veces al día | 1 | 1% |
| Menos de 1 vez al mes | 24 | 32% |
| Nunca | 12 | 16% |
| Res (2 cdas) | | |

| | | |
|-----------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 37 | 49% |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 2-4 veces a la semana | 16 | 21% |
| 2-4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 18 | 24% |

Pescado (2 cdas)

| | | |
|-----------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 26 | 35% |
| 2-4 veces a la semana | 2 | 3% |
| 2-4 veces al día | 1 | 1% |
| Menos de 1 vez al mes | 41 | 55% |
| Nunca | 5 | 7% |

Mariscos (2 cdas)

| | | |
|-----------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 3 | 4% |
| 1 vez al día | 1 | 1% |
| 2-4 veces al día | 1 | 1% |
| Menos de 1 vez al mes | 47 | 63% |
| Nunca | 23 | 31% |

Vísceras como hígado (2 cdas)

| | | |
|-----------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 15 | 20% |
| 2-4 veces a la semana | 8 | 11% |
| Menos de 1 vez al mes | 29 | 38% |
| Nunca | 23 | 31% |

Atún en lata (2 cdas)

| | | |
|-----------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 33 | 44% |
| 1 vez al día | 3 | 4% |
| 2-4 veces a la semana | 28 | 37% |
| 2-4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 6 | 8% |
| Nunca | 3 | 4% |

Embutidos (2 cdas)

| | | |
|-----------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 28 | 37% |
| 1 vez al día | 3 | 4% |
| 2-4 veces a la semana | 23 | 31% |
| 2-4 veces al día | 4 | 5% |
| Menos de 1 vez al mes | 17 | 23% |

Queso blanco fresco (1 rebanada o 30 gr)

| | | |
|-----------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 27 | 36% |
| 1 vez al día | 9 | 12% |
| 2-4 veces a la semana | 24 | 32% |
| 2-4 veces al día | 7 | 9% |
| Menos de 1 vez al mes | 8 | 11% |

Queso maduro (1 rebanada o 30 gr)

| | | |
|-----------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 28 | 37% |
| 1 vez al día | 3 | 4% |
| 2-4 veces a la semana | 23 | 31% |
| 2-4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 11 | 15% |
| Nunca | 8 | 11% |

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla N° 7, describe la frecuencia de consumo de proteínas, donde el 63% de las mujeres expresaron consumir huevo de dos a cuatro veces a la semana, 64% come pollo una vez a la semana, el 44% consume cerdo una vez a la semana, 49% consume res una vez a la semana, 55% de ellas come pescado menos de una vez al mes, el 63% come mariscos con una frecuencia de menos de una vez al mes, 39% come vísceras menos de una vez al mes, 44% come atún en lata con una frecuencia de una vez a la semana, 37% come embutidos una vez a la semana, 36% come queso fresco una vez por semana, 37% come queso maduro una vez por semana.

Tabla N°8. Frecuencia de consumo de frutas entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.

| Alimento | Número de personas | Porcentaje |
|----------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Fruta picada mixta (1 tz) | | |
| 1 vez a la semana | 23 | 31% |
| 1 vez al día | 4 | 5% |
| 2 a 4 veces a la semana | 13 | 17% |
| 2 a 4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 24 | 32% |
| Nunca | 9 | 12% |
| Jugo concentrado (1/2 tz) | | |
| 1 vez a la semana | 8 | 11% |
| 1 vez al día | 4 | 5% |
| 2 a 4 veces a la semana | 4 | 5% |
| 2 a 4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 12 | 16% |
| Nunca | 45 | 60% |
| Banano (1 u) | | |
| 1 vez a la semana | 22 | 29% |
| 1 vez al día | 5 | 7% |
| 2 a 4 veces a la semana | 41 | 55% |
| Menos de 1 vez al mes | 6 | 8% |
| Nunca | 1 | 1% |
| Manzana (1 u) | | |
| 1 vez a la semana | 27 | 36% |
| 1 vez al día | 3 | 4% |
| 2 a 4 veces a la semana | 24 | 32% |
| Menos de 1 vez al mes | 17 | 23% |

| | | |
|----------------------------|----|-----|
| Nunca | 4 | 5% |
| Naranja (1 u) | | |
| 1 vez a la semana | 21 | 28% |
| 1 vez al día | 1 | 1% |
| 2 a 4 veces a la semana | 6 | 8% |
| Menos de 1 vez al mes | 38 | 51% |
| Nunca | 9 | 12% |
| Guayaba (1 u) | | |
| 1 vez a la semana | 12 | 16% |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 2 a 4 veces a la semana | 5 | 7% |
| Menos de 1 vez al mes | 40 | 53% |
| Nunca | 16 | 21% |
| Mandarina (1 u) | | |
| 1 vez a la semana | 9 | 12% |
| 1 vez al día | 3 | 4% |
| 2 a 4 veces a la semana | 6 | 8% |
| Menos de 1 vez al mes | 41 | 55% |
| Nunca | 16 | 21% |
| Mango pequeño (1 u) | | |
| 1 vez a la semana | 9 | 12% |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 2 a 4 veces a la semana | 4 | 5% |
| 2 a 4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 29 | 39% |
| Nunca | 29 | 39% |
| Piña (1 rebanada) | | |
| 1 vez a la semana | 26 | 35% |
| 1 vez al día | 3 | 4% |

| | | |
|-------------------------|----|-----|
| 2 a 4 veces a la semana | 20 | 27% |
| 2 a 4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 16 | 21% |
| Nunca | 8 | 11% |
| Jocotes (6 u) | | |
| 1 vez a la semana | 5 | 7% |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 2 a 4 veces a la semana | 2 | 3% |
| 2 a 4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 21 | 28% |
| Nunca | 43 | 57% |

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla N°8, hace referencia a la frecuencia de consumo de frutas en las mujeres entrevistadas, el 32% dice que come fruta picada menos de una vez al mes, 60% nunca consume jugo concentrado, 55% come banano de dos a cuatro veces a la semana, 36% come manzana una vez a la semana, 51% come naranja menos de una vez al mes, 53% consume guayaba menos de una vez al mes, 55% de ellas come mandarinas con una frecuencia de menos de una vez al mes, el 39% nunca come mango, 35% come piña una vez a la semana, 57% nunca come jocotes.

Tabla N°9. Frecuencia de consumo de grasas entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.

| Alimento | Número de personas | Porcentaje |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Mantequilla (1 cdta) | | |
| 1 vez a la semana | 18 | 24% |
| 1 vez al día | 11 | 15% |
| 2 a 4 veces a la semana | 31 | 41% |
| 2 a 4 veces al día | 3 | 4% |
| Menos de una vez al mes | 5 | 7% |
| Nunca | 7 | 9% |
| Margarina (1 cdta) | | |
| 1 vez a la semana | 10 | 13% |
| 1 vez al día | 3 | 4% |
| 2 a 4 veces a la semana | 13 | 17% |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 1% |
| Menos de una vez al mes | 4 | 5% |
| Nunca | 44 | 59% |
| Aceite de oliva (1 cdta) | | |
| 1 vez a la semana | 5 | 7% |
| 1 vez al día | 3 | 4% |
| 2 a 4 veces al día | 17 | 23% |
| Menos de una vez al mes | 2 | 3% |
| Nunca | 48 | 64% |
| Aceite de coco (1 cdta) | | |
| 2 a 4 veces a la semana | 1 | 1% |
| Menos de una vez al mes | 1 | 1% |
| Nunca | 73 | 97% |
| Aceite girasol (1 cdta) | | |

| | | |
|-------------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 1 | 1% |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 2 a 4 veces a la semana | 6 | 8% |
| 2 a 4 veces al día | 39 | 52% |
| Menos de una vez al mes | 1 | 1% |
| Nunca | 26 | 35% |

Natilla (1 cda)

| | | |
|-------------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 18 | 24% |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 2 a 4 veces a la semana | 9 | 12% |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 1% |
| Menos de una vez al mes | 32 | 43% |
| Nunca | 13 | 17% |

Queso crema (1 cda)

| | | |
|-------------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 16 | 21% |
| 1 vez al día | 4 | 5% |
| 2 a 4 veces a la semana | 2 | 3% |
| Menos de una vez al mes | 36 | 48% |
| Nunca | 17 | 23% |

Maní / nueces (1 cda)

| | | |
|-------------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 13 | 17% |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 2 a 4 veces a la semana | 5 | 7% |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 1% |
| Menos de una vez al mes | 43 | 57% |
| Nunca | 11 | 15% |

Aguacate (1/8 de la unidad)

| | | |
|-------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 10 | 13% |
| 1 vez al día | 2 | 3% |

| | | |
|-------------------------|----|-----|
| 2 a 4 veces a la semana | 4 | 5% |
| 2 a 4 veces al día | 2 | 3% |
| Menos de una vez al mes | 42 | 56% |
| Nunca | 15 | 20% |

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla N°9, describe el consumo de grasas por parte de las mujeres, donde el 41% usa mantequilla de dos a cuatro veces a la semana, 59% nunca utilizan margarina, 64% no usan aceite de oliva en sus preparaciones, 97% nunca utilizan aceite de coco, el 52% usa aceite girasol de dos a cuatro veces al día, el 43% consume natilla menos de una vez al mes, 48% come queso crema menos de una vez al mes, 57% come maní o nueces menos de una vez al mes y el 56% refiere consumir aguacate menos de una vez al mes.

Tabla N°10. Frecuencia de consumo de bebidas entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.

| Alimento | Número de personas | Porcentaje |
|-----------------------------|---------------------------|-------------------|
| Gaseosa (1 tz) | | |
| 1 vez a la semana | 9 | 12% |
| 1 vez al día | 1 | 1% |
| 2-4 veces a la semana | 7 | 9% |
| 2-4 veces al día | 1 | 1% |
| Menos de 1 vez al mes | 10 | 13% |
| Nunca | 47 | 63% |
| Gaseosa light (1 tz) | | |
| 1 vez a la semana | 5 | 7% |
| 1 vez al día | 1 | 1% |
| 2-4 veces a la semana | 5 | 7% |
| Menos de 1 vez al mes | 22 | 29% |

| | | |
|-----------------------------|----|-----|
| Nunca | 42 | 56% |
| Vino (1 tz) | | |
| 1 vez a la semana | 2 | 3% |
| 2-4 veces a la semana | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 6 | 8% |
| Nunca | 65 | 87% |
| Cerveza (1 tz) | | |
| 1 vez a la semana | 7 | 9% |
| 2-4 veces a la semana | 3 | 4% |
| Menos de 1 vez al mes | 8 | 11% |
| Nunca | 57 | 76% |
| Otros licores (1 tz) | | |
| 1 vez a la semana | 3 | 4% |
| 2-4 veces a la semana | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 5 | 7% |
| Nunca | 65 | 87% |
| Jugos de caja (1 tz) | | |
| 1 vez a la semana | 2 | 3% |
| 1 vez al día | 5 | 7% |
| 2-4 veces a la semana | 4 | 5% |
| Menos de 1 vez al mes | 3 | 4% |
| Nunca | 61 | 81% |
| Café (1 tz) | | |
| 1 vez a la semana | 2 | 3% |
| 1 vez al día | 20 | 27% |
| 2-4 veces a la semana | 4 | 5% |
| 2-4 veces al día | 44 | 59% |
| Menos de 1 vez al mes | 2 | 3% |
| Nunca | 3 | 4% |

Té (1 tz)

| | | |
|-----------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 4 | 5% |
| 1 vez al día | 11 | 15% |
| 2-4 veces a la semana | 3 | 4% |
| 2-4 veces al día | 5 | 7% |
| Menos de 1 vez al mes | 21 | 28% |
| Nunca | 31 | 41% |

Té frío (1 tz)

| | | |
|-----------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 4 | 5% |
| 1 vez al día | 6 | 8% |
| 2-4 veces a la semana | 13 | 17% |
| 2-4 veces al día | 4 | 5% |
| Menos de 1 vez al mes | 18 | 24% |
| Nunca | 30 | 40% |

Leches saborizadas (1 tz)

| | | |
|-----------------------|----|-----|
| 1 vez al día | 3 | 4% |
| 2-4 veces a la semana | 1 | 1% |
| Nunca | 71 | 95% |

Fuente: Elaboración propia, 2020

En la tabla N°10, se expresa el consumo de bebidas entre las mujeres del programa, 63% dicen nunca consumir gaseosas, 56% nunca toman gaseosas tipo light, 87% nunca toma vino, el 76% no toma cerveza, 87% nunca consume otros licores, 81% no toma jugos de caja, 59% toma café de dos a cuatro veces al día, 41% nunca toma té, 40% no toma té frío y el 95% dice nunca tomar leches saborizadas.

Tabla N°11. Frecuencia de consumo de azúcares entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.

| Alimento | Número de personas | Porcentaje |
|--------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Chocolates (1 u) | | |
| 1 vez al día | 5 | 7% |
| 1 vez por semana | 11 | 15% |
| 2 a 4 veces por semana | 7 | 9% |
| Menos de 1 vez al mes | 44 | 59% |
| Nunca | 8 | 11% |
| Helados (1/2 tz) | | |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 1 vez por semana | 9 | 12% |
| 2 a 4 veces por semana | 4 | 5% |
| Menos de 1 vez al mes | 48 | 64% |
| Nunca | 12 | 16% |
| Confites | | |
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 1 vez por semana | 3 | 4% |
| 2 a 4 veces por semana | 10 | 13% |
| Menos de 1 vez al mes | 36 | 48% |
| Nunca | 24 | 32% |
| Galletas rellenas (1 paquete) | | |
| 1 vez al día | 3 | 4% |
| 1 vez por semana | 12 | 16% |
| 2 a 4 veces por semana | 17 | 23% |
| Menos de 1 vez al mes | 29 | 39% |
| Nunca | 14 | 19% |
| Miel (1 cda) | | |
| 1 vez al día | 3 | 4% |

| | | |
|------------------------|----|-----|
| 1 vez por semana | 4 | 5% |
| 2 a 4 veces por semana | 3 | 4% |
| Menos de 1 vez al mes | 36 | 48% |
| Nunca | 29 | 39% |

Jaleas / mermeladas (1 cda)

| | | |
|------------------------|----|-----|
| 1 vez por semana | 12 | 16% |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 1% |
| 2 a 4 veces por semana | 6 | 8% |
| Menos de 1 vez al mes | 41 | 55% |
| Nunca | 15 | 20% |

Dulce de tapa (1 cda)

| | | |
|------------------------|----|-----|
| 1 vez por semana | 9 | 12% |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 1% |
| 2 a 4 veces por semana | 3 | 4% |
| Menos de 1 vez al mes | 38 | 51% |
| Nunca | 24 | 32% |

Dulce de leche (1 cda)

| | | |
|------------------------|----|-----|
| 1 vez al día | 1 | 1% |
| 1 vez por semana | 1 | 1% |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 1% |
| 2 a 4 veces por semana | 1 | 1% |
| Menos de 1 vez al mes | 41 | 55% |
| Nunca | 30 | 40% |

Sirope (1 cda)

| | | |
|------------------------|----|-----|
| 1 vez al día | 2 | 3% |
| 1 vez por semana | 6 | 8% |
| 2 a 4 veces por semana | 8 | 11% |
| Menos de 1 vez al mes | 40 | 53% |
| Nunca | 19 | 25% |

Fuente: *Elaboración propia, 2020*

Según la tabla N°11, relacionada al consumo de azúcares en las mujeres refleja que con una frecuencia de menos de una vez al mes el 59% come chocolates, el 64% come helados, el 48% come confites, el 39% come galletas rellenas, el 48% consume miel, el 55% consume jaleas o mermeladas, 51% dulce de tapa, 55% dulce de leche y sirope 54%.

Tabla N°12. Frecuencia de consumo en establecimientos de comidas rápidas entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.

| Restaurante | Número de personas | Porcentaje |
|-------------------------|---------------------------|-------------------|
| Mac Donalds | | |
| 1 vez a la semana | 15 | 20% |
| 2 a 4 veces a la semana | 1 | 1% |
| Menos de 1 vez al mes | 45 | 60% |
| Nunca | 14 | 19% |
| Burger King | | |
| 1 vez a la semana | 3 | 4% |
| Menos de 1 vez al mes | 43 | 58% |
| Nunca | 29 | 39% |
| KFC | | |
| 1 vez a la semana | 6 | 8% |
| 2 a 4 veces a la semana | 1 | 1% |
| Menos de 1 vez al mes | 50 | 67% |
| Nunca | 18 | 24% |
| Taco Bell | | |
| 1 vez a la semana | 2 | 3% |
| Menos de 1 vez al mes | 41 | 55% |
| Nunca | 32 | 43% |
| Pizza | | |

| | | |
|--------------------------|----|-----|
| 1 vez a la semana | 10 | 13% |
| 2 a 4 veces a la semana | 3 | 4% |
| Menos de 1 vez al mes | 55 | 73% |
| Nunca | 7 | 9% |
| Comida china | | |
| 1 vez a la semana | 8 | 11% |
| 2 a 4 veces a la semana | 5 | 7% |
| Menos de 1 vez al mes | 43 | 57% |
| Nunca | 19 | 25% |
| Taquerías / sodas | | |
| 1 vez a la semana | 17 | 23% |
| 2 a 4 veces a la semana | 5 | 7% |
| Menos de 1 vez al mes | 44 | 59% |
| Nunca | 9 | 12% |

Fuente: Elaboración propia, 2020

La tabla N°12, detalla la frecuencia de consumo en establecimientos de comida rápida, donde la mayoría indicó que, con una frecuencia de menos de una vez al mes, el 60% visita Mac Donalds, el 57% Burger King, el 67% KFC, el 55% Taco Bell, 74% pizzerías, 57% restaurantes de comida china, 59% taquerías o sodas.

4.2 ANÁLISIS BIVARIADO

4.2.1 Relación de los hábitos alimentarios y las principales enfermedades crónicas no transmisibles

A continuación, para el análisis bivariado se realiza la comparación de los hábitos alimentarios y las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor relevancia encontradas en la población de mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de San Rafael de Heredia mediante la prueba exacta de Fisher, que indica que aquellos valores *P* marcados en negrita son los que resultaron significativos a un nivel de significancia del 5%.

Tabla 13. Relación de las principales variables relacionadas con el padecimiento de diabetes entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.

| Variable | Padece diabetes | | Valor <i>P</i> |
|--|-----------------|----|----------------|
| | No | Sí | |
| Como calificaría su apetito | | | |
| Malo | 44 | 21 | |
| Regular | 0 | 1 | 0,028 |
| Bueno | 9 | 0 | |
| Qué tipo de grasas utiliza regularmente | | | |
| Aceite | 36 | 20 | 0,044 |
| Spray | 17 | 2 | |
| Método de cocción preferido | | | |
| A la plancha | 1 | 1 | |
| Asado | 1 | 0 | |
| Fritura | 3 | 0 | 0,000 |
| Hervido | 1 | 0 | |

| | | | |
|--|----|----|-------|
| Varios métodos | 47 | 21 | |
| Consume azúcar | | | |
| No | 19 | 15 | 0,013 |
| Sí | 34 | 7 | |
| Edulcorante | | | |
| Natuvia | 2 | 0 | |
| Sacarina | 8 | 12 | |
| Splenda | 1 | 0 | |
| Stevia | 11 | 3 | 0,025 |
| Sweetwell | 1 | 0 | |
| Varios | 1 | 0 | |
| No usa | 29 | 7 | |
| Frecuencia consumo comida rápida | | | |
| 1 vez al día | 0 | 0 | |
| 1 vez por semana | 26 | 5 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 5 | 1 | 0,044 |
| 2 a 4 veces al día | 0 | 0 | |
| Menos de 1 vez al mes | 22 | 16 | |
| Nunca | 0 | 0 | |
| Frecuencia consumo dulce de leche | | | |
| 1 vez al día | 1 | 0 | |
| 1 vez por semana | 1 | 0 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 1 | 0 | 0,003 |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 0 | |
| Menos de 1 vez al mes | 35 | 6 | |
| Nunca | 14 | 16 | |

Fuente: Elaboración propia, 2020

Tabla N°14. Relación de las principales variables relacionadas con el padecimiento de obesidad entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.

| Variable | Padece obesidad | | Valor <i>P</i> |
|---|-----------------|----|----------------|
| | No | Sí | |
| Cuántas veces a la semana consume comidas rápidas | | | |
| 1 vez al día | 0 | 0 | |
| 1 vez por semana | 22 | 9 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 1 | 5 | 0,007 |
| 2 a 4 veces al día | 0 | 0 | |
| Menos de 1 vez al mes | 31 | 7 | |
| Nunca | 0 | 0 | |
| Frecuencia de consumo pan baguette | | | |
| 1 vez al día | 4 | 5 | |
| 1 vez por semana | 10 | 9 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 10 | 5 | |
| 2 a 4 veces al día | 3 | 0 | 0,007 |
| Menos de 1 vez al mes | 24 | 2 | |
| Nunca | 3 | 0 | |
| Frecuencia de consumo pastas o macarrones | | | |
| 1 vez al día | 2 | 3 | |
| 1 vez por semana | 15 | 14 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 23 | 4 | 0,003 |
| 2 a 4 veces al día | 3 | 0 | |
| Menos de 1 vez al mes | 10 | 0 | |
| Nunca | 1 | 0 | |
| Frecuencia de consumo Lentejas, frijoles blancos, etc. | | | |
| 1 vez al día | 1 | 2 | |
| 1 vez por semana | 12 | 15 | |

| | | | |
|-------------------------|----|---|-------|
| 2 a 4 veces a la semana | 18 | 3 | 0,000 |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 1 | |
| Menos de 1 vez al mes | 19 | 0 | |
| Nunca | 3 | 0 | |

Frecuencia de consumo tubérculos

| | | | |
|-------------------------|----|----|-------|
| 1 vez al día | 2 | 3 | |
| 1 vez por semana | 14 | 12 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 24 | 4 | 0,006 |
| 2 a 4 veces al día | 3 | 1 | |
| Menos de 1 vez al mes | 10 | 0 | |
| Nunca | 1 | 1 | |

Frecuencia de consumo cereales desayuno

| | | | |
|-------------------------|----|----|-------|
| 1 vez al día | 2 | 2 | |
| 1 vez por semana | 1 | 2 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 16 | 1 | 0,013 |
| 2 a 4 veces al día | 0 | 0 | |
| Menos de 1 vez al mes | 6 | 0 | |
| Nunca | 29 | 16 | |

Frecuencia de consumo platano maduro

| | | | |
|-------------------------|----|----|-------|
| 1 vez al día | 2 | 0 | |
| 1 vez por semana | 8 | 12 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 10 | 5 | 0,000 |
| 2 a 4 veces al día | 3 | 1 | |
| Menos de 1 vez al mes | 25 | 0 | |
| Nunca | 6 | 3 | |

Frecuencia de consumo tortillas de maíz

| | | | |
|-------------------------|----|----|-------|
| 1 vez al día | 5 | 0 | |
| 1 vez por semana | 10 | 12 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 17 | 7 | 0,000 |

| | | |
|-----------------------|----|---|
| 2 a 4 veces al día | 2 | 0 |
| Menos de 1 vez al mes | 19 | 0 |
| Nunca | 1 | 2 |

Frecuencia de consumo tortillas de harina

| | | | |
|-------------------------|----|----|-------|
| 1 vez al día | 3 | 1 | |
| 1 vez por semana | 4 | 5 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 8 | 3 | 0,004 |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 0 | |
| Menos de 1 vez al mes | 24 | 1 | |
| Nunca | 14 | 11 | |

Frecuencia consumo embutidos

| | | | |
|-------------------------|----|---|-------|
| 1 vez al día | 1 | 2 | |
| 1 vez por semana | 20 | 8 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 14 | 9 | 0,006 |
| 2 a 4 veces al día | 2 | 2 | |
| Menos de 1 vez al mes | 17 | 0 | |
| Nunca | 0 | 0 | |

Frecuencia consumo mantequilla

| | | | |
|-------------------------|----|----|-------|
| 1 vez al día | 8 | 3 | |
| 1 vez por semana | 16 | 2 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 19 | 12 | 0,012 |
| 2 a 4 veces al día | 0 | 3 | |
| Menos de 1 vez al mes | 4 | 1 | |
| Nunca | 7 | 0 | |

Frecuencia consumo natilla

| | | | |
|-------------------------|----|---|-------|
| 1 vez al día | 1 | 1 | |
| 1 vez por semana | 10 | 8 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 4 | 5 | 0,032 |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 0 | |

| | | | |
|---|----|----|-------|
| Menos de 1 vez al mes | 26 | 6 | |
| Nunca | 12 | 1 | |
| Frecuencia consumo gaseosas | | | |
| 1 vez al día | 3 | 6 | |
| 1 vez por semana | 1 | 0 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 3 | 4 | 0,003 |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 0 | |
| Menos de 1 vez al mes | 6 | 4 | |
| Nunca | 40 | 7 | |
| Frecuencia consumo comida china | | | |
| 1 vez al día | 0 | 0 | |
| 1 vez por semana | 3 | 5 | 0,005 |
| 2 a 4 veces a la semana | 2 | 3 | |
| Menos de 1 vez al mes | 31 | 12 | |
| Nunca | 18 | 1 | |
| Frecuencia consumo taquerías sodas | | | |
| 1 vez al día | 0 | 0 | |
| 1 vez por semana | 10 | 7 | 0,038 |
| 2 a 4 veces a la semana | 2 | 3 | |
| Menos de 1 vez al mes | 33 | 11 | |
| Nunca | 9 | 0 | |

Fuente: Elaboración propia, 2020

Tabla N°15. Relación de las principales variables relacionadas con el padecimiento de hipertensión entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.

| Variable | Padece hipertensión | | Valor <i>P</i> |
|---------------------------------------|---------------------|----|----------------|
| | No | Sí | |
| Frecuencia consumo mariscos | | | |
| 1 vez al día | 0 | 1 | |
| 1 vez por semana | 0 | 3 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 0 | 0 | 0,037 |
| 2 a 4 veces al día | 1 | 0 | |
| Menos de 1 vez al mes | 31 | 16 | |
| Nunca | 17 | 6 | |
| Frecuencia consumo queso crema | | | |
| 1 vez al día | 1 | 3 | |
| 1 vez por semana | 13 | 3 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 0 | 2 | 0,033 |
| 2 a 4 veces al día | 0 | 0 | |
| Menos de 1 vez al mes | 16 | 10 | |
| Nunca | 9 | 8 | |
| Frecuencia consumo helados | | | |
| 1 vez al día | 1 | 1 | |
| 1 vez por semana | 6 | 3 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 0 | 4 | 0,040 |
| 2 a 4 veces al día | 0 | 0 | |
| Menos de 1 vez al mes | 32 | 16 | |
| Nunca | 10 | 2 | |

| Frecuencia consumo taquerías sodas | | | |
|---|----|----|-------|
| 1 vez al día | 0 | 0 | |
| 1 vez por semana | 9 | 8 | 0,039 |
| 2 a 4 veces a la semana | 2 | 3 | |
| Menos de 1 vez al mes | 29 | 15 | |
| Nunca | 9 | 0 | |

Fuente: Elaboración propia, 2020

Tabla N°16. Relación de las principales variables relacionadas con el padecimiento de dislipidemias entre mujeres de 30 a 65 años del programa Agenda Local de Mujeres de Heredia.

| Variable | Padece dislipidemias | | Valor P |
|---|-----------------------------|-----------|----------------|
| | No | Sí | |
| Qué tipo de grasa utiliza para cocinar | | | |
| Aceite | 37 | 19 | 0,015 |
| Spray | 6 | 13 | |
| Frecuencia consumo pan baguette | | | |
| 1 vez al día | 9 | 0 | |
| 1 vez por semana | 9 | 10 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 5 | 10 | 0,010 |
| 2 a 4 veces al día | 2 | 1 | |
| Menos de 1 vez al mes | 15 | 11 | |
| Nunca | 3 | 0 | |
| Frecuencia consumo pan integral | | | |
| 1 vez al día | 2 | 0 | |
| 1 vez por semana | 4 | 1 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 3 | 1 | 0,022 |
| 2 a 4 veces al día | 0 | 1 | |
| Menos de 1 vez al mes | 6 | 14 | |
| Nunca | 28 | 15 | |

| Frecuencia consumo aguacate | | | |
|------------------------------------|----|----|-------|
| 1 vez al día | 1 | 1 | |
| 1 vez por semana | 8 | 2 | |
| 2 a 4 veces a la semana | 2 | 2 | 0,009 |
| 2 a 4 veces al día | 0 | 2 | |
| Menos de 1 vez al mes | 19 | 23 | |
| Nunca | 13 | 2 | |

Fuente: Elaboración propia, 2020

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 Datos sociodemográficos

De acuerdo con las características sociodemográficas, el rango predominante de edad presente en las mujeres en análisis es de 40 a 49 años (40%), este dato concuerda con un estudio realizado por Castañeda et al. (2018), en Colombia, en el que se identifica que la edad promedio de las mujeres con prevalencia de ECNT es de 40 años.

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2013), la población del cantón de San Rafael es de 37293 habitantes, de los cuales 18519 son hombres y 18774 mujeres. Es un cantón con una población joven siendo el 46% hombres y mujeres entre los 20 y los 49 años, razón por la cuál en la investigación prevalece dicho rango.

Por otro lado, al igual que la investigación de Henao et al. (2017) en la que se observa que el 43,6% de la población se encuentra casada, en este estudio el 54% presenta este mismo estado civil siendo en ambos casos la mayoría.

Respecto al nivel de escolaridad, predomina la secundaria incompleta con un 24% del total de la población, esto coincide con la investigación realizada por Yopez (2019) en Ecuador, donde refleja que el 33% de los participantes con ECNT no cuenta con el logro del bachillerato.

La sede del programa Agenda Local de Mujeres (2009) está ubicada 25 metros norte de la fuerza pública en San Rafael de Heredia, con relación al lugar de residencia de las participantes, la mayoría representado por 42 (56%) mujeres del total de la muestra viven en este sector, seguido por 17 (23%) participantes que viven en el cantón vecino de San Pablo. La cercanía al sitio donde se imparten los talleres promueve una mayor asistencia de las vecinas de la zona.

En cuanto a la situación laboral de las participantes en su mayoría 28 (37%) corresponde a ama de casa, coincidiendo con un estudio efectuado por Santoyo et al. (2020) donde refleja que la ocupación más frecuente fue ama de casa representado por 62 mujeres (83%) del total.

5.2 Identificación de las enfermedades crónicas no transmisibles

Con respecto a la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en esta población, las dislipidemias son las patologías predominantes representadas por el 24% de la población, algunas participantes presentaban más de una patología, sin embargo, se analiza por prevalencia general. Estos datos coinciden con un estudio realizado para estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad y su asociación con diabetes, hipertensión, dislipemia y síndrome metabólico, el mismo indica que la incidencia de dislipidemia en sus participantes fue de 31% del total (Ramón Arbues & Martínez Abadía, 2019).

Cerón (2019) concuerda en que las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en uno de los mayores problemas de salud en los últimos años en todo el mundo, donde la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2 y las dislipidemias son las principales patologías que afectan a la población.

5.3 Identificación de los hábitos alimentarios

En relación con los hábitos alimentarios de las mujeres en estudio, se muestra que el 57% de ellas realizan entre 3 y 4 tiempos de comida al día, siendo estos tiempos desayuno, almuerzo, merienda de la tarde y cena. El resto de ellas 43% realizan entre 5 y 6 tiempos (desayuno, merienda de la mañana, almuerzo, merienda de la tarde y cena). Al igual que un estudio aplicado

a 60 pacientes en edades de 35 a 60 años, relacionado con el fraccionamiento de la dieta diaria, se contabilizó el número total de tiempos de comida realizados, estableciendo como principales: desayuno, almuerzo, merienda de la tarde y cena (Leiva, Rojas, & Carrasco, 2016).

Según la doctora Katherine García, miembro del área de Nutrición de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), la forma ideal de repartir las calorías a lo largo de la jornada es con cinco comidas diarias: desayuno, comida, cena y dos meriendas (media mañana y media tarde), algunas de las razones que justifican tal recomendación son la reducción de la ansiedad, un mayor control de la cantidad de alimentos que comemos y el mantenimiento de unos niveles de energía adecuados (García, 2019).

Las grasas y aceites son elementos de uso común en las dietas, en esta investigación indica que respecto al tipo de grasa utilizada para preparar las cocciones el 75% de las entrevistadas utilizan aceite y 25% usan spray. Datos similares se encontraron en un análisis efectuado en Colombia en el 2018, con el fin de analizar los factores de riesgo y estilos de vida relacionados con ECNT, donde el 74,60% indicó que consume aceite vegetal (Ariza González & Bermúdez Villarroya, 2018).

Para el tipo de cocción, la selección era múltiple por lo que la mayoría de las mujeres 51% de ellas, indicaron que tenían diversos métodos de cocción favoritos. Un artículo que analiza el estado nutricional, los hábitos alimentarios y la actividad física realizó en la encuesta una pregunta con respuesta alternativa múltiple para el tipo de cocción, donde la forma de preparación más usada fue al horno con un 75% de la población, la siguiente fue hervido con un 58%, y luego asado/plancha empleado por un 55% de la muestra (Bega, 2018).

De los resultados obtenidos para el consumo de azúcar en las mujeres del programa Agenda Local, el 55% de ellas la consume diariamente, mientras el 45% restante no lo hace y prefiere edulcorantes. En Costa Rica el sector cañero azucarero es fuerte y genera progreso, empleo y bienestar, 7078 es el total de productores entregadores de caña de azúcar para la producción total del país, estos datos los facilita La Liga Agrícola Industrial de la Caña de Azúcar (LAICA), de allí, la influencia en el consumo de azúcar en nuestro país.

Un metaanálisis realizado con el objetivo de relacionar las enfermedades crónicas no transmisibles y el alto consumo de azúcar, indica que el consumo de azúcar produce adicción, determinada por factores ambientales, fisiológicos y genéticos. Es decir, la solidez biológica en los sustratos neuronales del azúcar y la recompensa de sabor dulce puede ser suficiente para explicar por qué muchas personas pueden tener dificultades para controlar el consumo de alimentos con alto contenido de azúcar (Roche, 2020).

Por su parte, el consumo de edulcorantes, revela que 14% de las mujeres prefieren la sacarina, seguido de stevia representado por 7% de las participantes. En Colombia un estudio sobre los edulcorantes indica que la sacarina es considerada el edulcorante más antiguo, la ingesta diaria recomendada (IDR) es de 0-15 mg/kg/ día, su alto consumo se relaciona recientemente con un incremento de tejido adiposo (Stephens Camacho, Valdez Hurtado, Lastra Zavala, & Félix Ibarra, 2018).

En Costa Rica, la CCSS facilita a los pacientes con diabetes la sacarina en sus recetas médicas, por esta razón el 14% de las mujeres prefieren consumir este edulcorante no nutritivo, ante los naturales que además les representaría un gasto económico adicional.

Referente al consumo diario de agua por parte de las mujeres entrevistadas, este estudio afirma que 26% de ellas consumen entre 1000ml y 1500ml al día. En México se realizó un estudio que coincide con los resultados de esta investigación al indicar que el promedio de consumo de dichas mujeres es de 1266 ml diarios (Villarreal Arce, Vásquez Pérez, & Cantú Martínez , 2019).

Para el Ministerio de Salud (2020), en Costa Rica entre recomendaciones nutricionales más recientes que realizó, insta a mantener un estado de hidratación adecuado, estableciendo como recomendación entre 1500 y 2000 ml, estas indicaciones también coinciden con lo establecido por las Guías Alimentarias de nuestro país, estando esta población con un consumo inadecuado respecto a estas indicaciones.

De una u otra forma, consumir comida rápida es cada vez más frecuente debido al ritmo de vida que llevamos. Aunque no supone un gran peligro si se consume ocasionalmente, no cabe duda sobre lo nociva que resulta para el organismo cuando se incorpora con regularidad a la dieta.

Para este estudio, en cuanto al consumo de comidas rápidas, el 29% de las mujeres indicaron que la ingesta es menos de 1 vez al mes. Un estudio realizado en Bolivia, por Carlos Caballero (2016) indica que la mayoría de las mujeres entrevistadas (47%) consumen este tipo de alimentos como mínimo una vez por semana, pese a que la investigación realizada no concuerda con este estudio en que la mayoría de mujeres consumen este tipo de alimentos 1 vez por semana, la cantidad de mujeres que si lo hacen se encuentra en segundo lugar representado por el 23%.

La comida chatarra son alimentos ricos en energía densa, ya que contienen una gran cantidad de calorías, en su mayoría grasas y azúcares, con poco beneficio nutricional. "The American Journal

of Clinical Nutrition" encontró que el consumo regular de comida chatarra de alta densidad energética disminuye la saciedad sensorial específica, haciendo que se coma más de ese alimento, esto puede conducir al aumento de peso más si el consumo no solo es en cantidad sino también con frecuencia.

Para la frecuencia de consumo, la ingesta frecuente de cereales se asocia más a la presencia de obesidad, los mariscos establecen relación con la hipertensión. La OMS (2018) recomienda incorporar las frutas y verduras a la dieta diaria para reducir el riesgo de algunas enfermedades no transmisibles, indica además que, existen algunos datos que indican que cuando se consumen como parte de una dieta saludable baja en grasas, azúcares y sal (o sodio), las frutas y verduras también pueden contribuir a prevenir el aumento de peso y reducir el riesgo de obesidad, un factor de riesgo independiente de las enfermedades no transmisibles.

En este estudio, las grasas presentan asociación con obesidad e hipertensión primordialmente, en cuanto a las bebidas las gaseosas se relacionan con la obesidad. Por su parte los dulces, se asocian directamente con diabetes, obesidad e hipertensión y la comida rápida con obesidad e hipertensión. Al igual que un estudio realizado en Ecuador por Caceido et al. (2020) afirma que la relación que existe entre el consumo de alimentos y la dislipidemia por hipercolesterolemia esta dado principalmente por una alimentación alta en grasas saturadas tales como el consumo frecuente de comidas rápidas, alimentos procesados, carnes con elevados niveles de grasa, tendencia a consumir alimentos fritos o empanizados en los hogares.

5.4 Relación de los hábitos alimentarios y las principales enfermedades crónicas no transmisibles

Para la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, no sólo en los países en desarrollo sino también en los países en vías de desarrollo, pone de manifiesto la necesidad de mejorar los métodos de evaluación de ingesta dietética de los alimentos con el propósito de identificar el rol de la dieta en la etiología y prevención de estas enfermedades. En esta investigación respecto a la evaluación dietética, sobresale que la diabetes se relaciona directamente con el apetito, tipo de grasa para cocinar, tipo de cocción favorita, consumo de azúcar y edulcorantes y la ingesta de comidas rápidas. La obesidad únicamente presentó relación con la ingesta de comidas rápidas, la hipertensión no tiene mayor relevancia con esta variable y las dislipidemias se asocian al tipo de grasa para cocinar empleada.

Para tener una caracterización más precisa de los hábitos alimentarios asociados a cada una de las cuatro enfermedades crónicas consideradas más relevantes en este análisis, se establecieron tablas individuales para cada patología con cada una de estas asociaciones.

Se determinó en este análisis que el 15% de la población en estudio está diagnosticada con diabetes, estas mujeres califican en su mayoría que su apetito es malo, lo anterior lo explican Mundet y Hernández (2014) en su estudio donde afirman que la falta de apetito es un signo de una elevación excesiva del azúcar en la sangre, pudiendo llevar a una cetoacidosis.

Por otra parte, según las guías de la *American Diabetes Association* y la *European Association for Study of Diabetes* la metformina es uno de los fármacos más empleados para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) desde su autorización en el Reino Unido en 1958 y en los

E.E.U.U. en 1995, es el tratamiento de primera línea para los pacientes con DMT2. (Wang, 2019). Para Costa Rica esta no es una excepción, ya que el tratamiento empleado a las personas diagnosticadas con diabetes es este mismo.

Un estudio realizado en Perú menciona que la administración de metformina tiene la ventaja de no producir hipoglicemia ni de incrementar el peso de los pacientes, como si lo hacen otros hipoglicemiantes orales y la insulina, además de tener la propiedad de disminuir el apetito debido a la inducción de la producción hepática del growth differentiating factor 15 (GDF15). (Garmendia, 2020). Es preciso considerar esta afirmación respecto al apetito, para evitar las elevaciones de glucosa en sangre y realizar los tiempos de comida indicados, aunque no tenga apetito.

Respecto al uso de grasas para cocinar la mayoría de estas mujeres usan aceite para la cocción de sus alimentos, para Clifford, (2015) las consecuencias potencialmente mortales de la diabetes son las enfermedades cardiovasculares (ECV) y los derrames, entre los pasos que ayudan a reducir este riesgo son la elección de grasas saludables para el corazón. su estudio confirma que una persona con diabetes debe limitar los alimentos que contienen grasas saturadas y consumir alimentos que contienen grasas poliinsaturadas y grasas monoinsaturadas con mayor frecuencia.

En este estudio, no se determinó el tipo de aceite ni la cantidad utilizada, por lo que no se puede afirmar que el uso de aceites para cocinar promueve la presencia de diabetes. Esto, sumado a que las entrevistadas refieren tener varios tipos de cocción favoritos incluyendo en estos las frituras, que se sabe perjudica directamente la salud de las personas.

Sin embargo, un cambio en la forma de cocinar alimentos podría ayudar a reducir el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, tal y como sugiere un estudio reciente, hervir, cocer al vapor o guisar,

es decir usar agua en la forma de cocinar alimentos es la forma más segura de prevención de diabetes tipo 2, aunque no es la única (Uribarri, 2016).

El mismo estudio indica que cuando se fríe con aceite, se hacen alimentos a la parrilla o al horno los alimentos producen sustancias llamadas productos finales de glicación avanzada (AGE), algo que no ocurre si se emplean otros métodos de cocción. Los mayores niveles de AGE se han relacionado con la resistencia a la insulina, el estrés en las células del cuerpo y la inflamación, según los autores del estudio. Estos son problemáticos en términos de riesgo de desarrollo de diabetes tipo 2.

Por otra parte, en esta investigación el 11% de las mujeres diagnosticadas con diabetes, no consumen del todo azúcar porque utilizan edulcorantes, siendo el 9% de éstas las que se inclinan por la sacarina recomendada por su centro de salud. El otro 5% de esta población, afirman ingerir azúcar pese a su condición de diabetes y conocer sus riesgos. Una de las recomendaciones dietéticas más importantes que se hace a los pacientes diabéticos es la de evitar un consumo excesivo de azúcar, un metaanálisis realizado para valorar los efectos del azúcar y los edulcorantes en el control de la diabetes refiere que a pesar de que los edulcorantes parecen ser, hasta este momento, una alternativa frente al azúcar para la diabetes mellitus tipo II, recientes investigaciones han demostrado una relación entre el consumo de edulcorantes y la intolerancia a la glucosa que es un estado de pre diabetes que se caracteriza por presentar un elevado nivel de glucosa en sangre sin alcanzar los valores típicos de la diabetes tipo II (Alejos de Domingo, 2018).

Al analizar la sacarina que corresponde a un edulcorante artificial y la stevia que es un endulzante natural extraída de las hojas de una planta sudamericana, que no contiene calorías y de momento no es asociada con ningún efecto adverso, este último es más recomendable para

el consumo, sin embargo, al no ser un producto que facilite el centro de salud donde ellas asisten o bien tener un costo económico aparte su consumo es menor.

En esta investigación, también se encontró una relación entre la diabetes y la frecuencia de consumo de comidas rápidas siendo el 5% su representación. Un estudio para analizar las causas y consecuencias del consumo excesivo de la comida rápida afirma que se relaciona con la obesidad, con las enfermedades cardíacas, la diabetes, las caries, la celulitis y otros males, esto porque tienen un aporte de alta densidad energética y calórica y un alto contenido en grasas (saturadas) e hidratos de carbono. Además, contienen bastante colesterol y, aunque su contenido mineral es deficiente, en el caso del sodio sucede todo lo contrario, siendo ricos en este mineral. Son también deficientes en fibra y vitaminas, aunque podemos resaltar como positivo que aportan proteínas de alto valor biológico si se consumen moderadamente. Contiene por lo general altos niveles de grasas, sal, azúcares y otros componentes que estimulan el apetito y la sed (Hernández Ojeda & Riveras Morales, 2017).

En el presente análisis la frecuencia de consumo de dulce de leche tuvo significancia de 0,03 para esta relación, es importante comprender que el índice glucémico se usa para medir la rapidez con la que los hidratos de carbono de un alimento pasan a la sangre en forma de glucosa tras ser digeridos. Cuanto más rápido se realice este proceso, más pronunciados serán los picos de azúcar en sangre. El IG se mide con una escala que va del 0 al 110. Se considera bajo el tramo que va de 0 a 55, medio de 56 a 69, y alto de 70 a 110 (Carnero, 2019).

Respecto a la clasificación del índice glucémico mencionada anteriormente el dulce de leche tiene un 70, eso se considera como alto, lo que significa que su consumo frecuente puede provocar picos de azúcar en sangre contraproducentes para ellas. Afortunadamente el consumo no es tan frecuente en esta población.

Por otro lado, los resultados de la relación de los hábitos alimentarios y la obesidad presentes en las mujeres que asisten al programa Agenda Local de Mujeres y que participaron en la encuesta, del total 16% (n=21) presentan esta patología.

En este caso, la frecuencia de consumo de comidas rápidas refleja que, pese a que la mayoría indica que su ingesta es de 1 vez por semana, una cifra muy similar lo realiza de 2 a 4 veces a la semana. La nutricionista Eider Sánchez afirma que la comida rápida puede causar trastornos digestivos, renales y hepáticos, además de obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, arteroesclerosis y dislipemias como hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia. Si se consumen a menudo crean malos hábitos alimenticios, déficits nutricionales en vitaminas y minerales y un alto aporte de calorías (Sánchez, 2018).

La población en estudio afirma que tienen preferencias por la comida china y las taquerías o sodas. Actualmente, la población costarricense presenta un perfil epidemiológico alarmante donde más de la mitad de los adultos padecen de exceso de peso. Según la Encuesta Nacional de Nutrición, el sobrepeso y la obesidad afectan al 67% de las mujeres, la comida rápida es alta en grasas y calorías, lo que produce un aumento de peso como consecuencia de que se consumen más calorías de las que se gastan y esas calorías son vacías, es decir no aportan al organismo ningún nutriente (Costa Rica Azul, 2018).

Existe correlación entre la obesidad y el consumo de cereales, siendo los principales panes baguette, pasta o macarrones, lentejas, frijoles blancos, tubérculos, plátano maduro (no se indica la cocción), que los consumen al menos una vez por semana. Los cereales de desayuno 16 de las 21 dicen no consumirlo, solo 2 los hacen 1 vez al día y las tortillas de 11 nunca las consumen y 5 una vez por semana. En Costa Rica, las guías alimentarias establecen que el grupo de los cereales, leguminosas y verduras harinosas es el que se debe consumir en mayor proporción,

representando la base de nuestras comidas. Una tesis realizada en Ecuador para valorar el estado nutricional para la detección de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), determinó que el 100% de la población tiene un consumo diario o semanal de estos alimentos, entre los más consumidos son: arroz, maíz tostado, papas, pan, yuca, fideos (Cerón López, 2019).

Cerón (2019) también indica que, pese a que son alimentos indispensables para obtener energía, su exceso ocasiona la acumulación en forma de grasa en el organismo cuando esta no es gastada, es decir afecta en el estado nutricional de los individuos, favoreciendo la obesidad.

Un análisis realizado para determinar los factores que contribuyen a la obesidad, determino la presencia de esta patología entre los que más consumen salchichas o embutidos ahumados con una frecuencia de 1 vez por semana. (Llopis, 2020) El presente estudio, revela respecto a los embutidos, que 7% de las mujeres lo hacen de 2 a 4 veces a la semana, una frecuencia mayor al estudio expuesto, estos alimentos producen un aumento de grasa en la dieta y de colesterol, por lo que limitar su consumo es parte de las indicaciones para el control de la obesidad.

Para la relación de la ingesta de grasas, la mantequilla es habitual de 2 a 4 veces a la semana en 9% de ellas y 6% de las mujeres consumen natilla una vez por semana. La recomendación que brinda el BINASSS para tener una alimentación sana; es evitar todas las frituras, la margarina y la mantequilla y usar poco aceite para preparar los alimentos, se debe reducir el consumo de las grasas saturadas (natilla) y sobre todo las trans (mantequilla). Es imposible eliminarlas, aunque en pequeñas cantidades, el cuerpo las asimila sin daños (González W. V., 2014).

En cuanto a las bebidas gaseosas, pese a que 7 indican que nunca las consumen, 6 lo hacen con una frecuencia de una vez al día. La OMS (2019) en una publicación asociada al consumo de bebidas azucaradas para reducir el riesgo de sobrepeso y obesidad, describe que los datos de

que se disponían a ese momento indicaban que el aumento del consumo de bebidas azucaradas está asociado con el sobrepeso y la obesidad, por tanto, la reducción del consumo de bebidas azucaradas también puede disminuir el riesgo de estas patologías. Recomienda, además reducir la ingesta de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta total de energía.

Además, en un estudio longitudinal de Framingham, se determinó que aquellos sujetos que consumían >1 refresco/día presentaron un 37% más riesgo de tener obesidad en comparación con los no consumidores (Dhingra, Sullivan, & Jacques, 2007).

La Doctora en Nutrición María Elena Torresani (2014), explica que, a partir de la cuarta década de vida, en promedio, las mujeres experimentan la etapa definida como climaterio o perimenopausia; años en los cuales se presenta la menopausia, caracterizada por el cese de la capacidad fértil luego de 12 meses; y que, además se acompaña de modificaciones en la anatomía y fisiología del organismo femenino. Una de las cuestiones fisiológicas propias del climaterio, es la reducción en la liberación de estrógenos por parte de los ovarios. Los estrógenos, son hormonas que presentan una función “cardioprotectora”; con lo cual, su menor síntesis, se traduce en una mayor vulnerabilidad del organismo, para el desarrollo de cardiopatías y enfermedades asociadas como las dislipidemias (Torresani, 2014).

Para la correlación de la hipertensión y los hábitos alimentarios, se describe que 20% del total de las mujeres entrevistadas padecen esta patología. Mostrando asociaciones en el consumo de mariscos menos de una vez al mes (n=16), comer mariscos como los camarones, sea de la especie que sea, trae beneficios para la salud, desde la pérdida de peso hasta el combate al envejecimiento. Sin embargo, no siempre es recomendable consumirlo a grandes cantidades o en libre demanda, ya que dentro de sus propiedades también se encuentra una importante

cantidad de sodio y colesterol que perjudica en mayor medida a personas que padecen alguna enfermedad como la hipertensión (Anaya, 2020).

Las mujeres indican que el consumo de mariscos es menos de 1 vez al mes, sin embargo, en la encuesta no se preguntó sobre la cantidad consumida, por lo que no se puede relacionar directamente.

Por otra parte se observa asociación en el consumo de grasas como el queso crema, la OMS (2019) indica en un artículo que entre los factores de riesgo modificables figuran las dietas malsanas ricas en grasas saturadas y grasas trans, otro estudio realizado a mujeres en Colombia revela que la mayoría de ellas tienen un alto consumo de grasas, presentes en las preparaciones fritas, mantequillas, queso crema y además un alto consumo de sodio, refiere que se inclinaban por alimentos salados y altos en grasas por dos motivos, primero, por corresponder con los sabores de las preparaciones tradicionales que acostumbran consumir y segundo, porque los alimentos como la sal y las grasas mejoran el sabor y las características organolépticas de las preparaciones y platos (Arboleda & Edinson Velásquez, 2015).

También existe relación con el consumo de helados y la presencia de hipertensión, estos según las guías alimentarias se componen de grasas y azúcares, en cada taza de helado se encuentran 6 cucharaditas (5gr) de azúcar, por eso recomiendan limitar su ingesta.

Según David Díaz, hasta ahora el método más general y popular, para combatir la hipertensión, era moderar el consumo diario de sal en nuestra dieta. Pues bien, parece ser que la clave no radica ahí, ya que los beneficios parecen ser relativamente pequeños, sino en el control del consumo de azúcar añadido. Según la investigación, un alto consumo de sacarosa va a estar

directamente relacionado con un aumento de la tensión sistólica y de la presión arterial diastólica (Díaz, 2016).

La hipertensión se asocia de igual manera con la ingesta de comidas rápidas, en particular aquellas de sodas o taquerías, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2018) el abuso de alimentos chatarra es uno de los principales factores causantes del sobrepeso y la obesidad, pues su fuente es rica en grasas, sodio y azúcares. Del mismo modo, es causante de las enfermedades no transmisibles (ENT), por lo regular, crónicas y/o de larga duración y que además evolucionan lentamente como la hipertensión, la diabetes, cardiopatías y varios tipos de cáncer.

Finalmente, el estudio reveló que existe relación entre las dislipidemias y los hábitos alimentarios de las mujeres del programa agenda local, del total de la población (n=75), 24% de ellas presentan esta enfermedad, siendo ésta la más frecuente.

Las correlaciones se asocian al uso de aceite para cocinar, éste al ser un tipo de grasa poliinsaturada no representa mayor perjuicio, siempre y cuando el uso no sea en exceso. Un estudio realizado en Ecuador, refleja que la mayor cantidad de casos de dislipidemia se presentan en pacientes del sexo femenino, según los grupos etarios se determinó que el 30% de los afectados tienen edad de 40-49 años, al determinar el consumo de alimentos en los pacientes de consulta externa del Hospital General Babahoyo, se concluye que existe una gran variedad de factores que aumentan la prevalencia de dislipidemia como una alimentación alta en grasas saturadas por el excesivo consumo de alimentos fritos y empanizados (Pin Aguilar & Caicedo Toaza, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (2015) recomienda incrementar el consumo de cereales integrales como una estrategia para reducir el riesgo de obesidad, enfermedad cardiovascular y diabetes, en el presente estudio los cereales más consumidos por las mujeres son el pan baguette y el pan integral, resultando con relación según la prueba Fisher.

Una publicación realizada para analizar el consumo alimentario y la presencia de dislipidemia en adultos expone que en la aplicación de la encuesta de frecuencias de consumo se pudo obtener como resultado en cuanto al grupo de alimentos de cereales, tubérculos y derivados, que el 81% posee un consumo muy frecuente, un 12% de forma frecuente, otro 4% poco frecuente, mientras que el 3% restante consume de forma eventual los cereales y derivados (Feijoo Cerezo & Zambrano Zambrano , 2019).

Los cereales integrales y de grano entero poseen un mayor valor nutricional que sus homólogos refinados, aportando una mayor cantidad de fibra, así como de vitaminas, minerales y fitoquímicos (polifenoles y carotenoides, entre otros), con múltiples efectos beneficiosos en la salud (Salud y bienestar, 2015).

La ingesta de grasas se ve estrictamente asociada a las dislipidemias, en este estudio se determina que, del 24% de las participantes con dislipidemias, 17% de ellas tienen un bajo consumo de aguacate, que aporta grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas. Una revisión bibliográfica realizada en México afirma que hasta el momento la mayor cantidad de evidencia clínica señala que el consumo del aguacate está relacionado con la salud cardiovascular al prevenir diversos factores de riesgo como son la dislipidemia, el control de la glicemia y la hipertensión (Morelos Pulido & Hernández Calderón , 2019).

La Asociación Americana para el Corazón recomienda un patrón de alimentación saludable con un 5% a 6% del total de calorías diarias de SFA para reducir los niveles de colesterol de baja densidad (LDLcolesterol).

En este estudio, se destaca una relación significativa entre los hábitos alimentarios y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, la falta de conocimiento sobre el manejo de las patologías presentes en cada una de las mujeres es un factor que les impide a ellas no solo tener sus enfermedades controladas y disfrutar de una mejor calidad de vida, sino que por el contrario su salud va en decadencia y con el riesgo de desarrollar otras enfermedades asociadas a las que ya presentan. Una intervención educacional es necesaria para esta población, para que puedan así comprender por qué los hábitos alimentarios pueden cambiar drásticamente su salud.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

De acuerdo con las características sociodemográficas, la mayoría de las mujeres se encuentran en el rango de edad de 40 a 49 años, con un nivel predominante de secundaria incompleta, vecinas en su mayoría del cantón de San Rafael y estado civil casada. En los aspectos laborales, se concluye que en mayor proporción son amas de casa.

Con respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles identificadas mediante la sección del instrumento referente a los antecedentes patológicos personales presentes en esta población en estudio, se observa predominio de las dislipidemias.

La mayoría de las mujeres no realizan meriendas y el consumo de azúcares, comidas rápidas y grasas saturadas es alto, esto sumado a su baja ingesta de agua es lo que facilita la aparición de ECNT.

Aquellas mujeres con diabetes presentan relación con la presencia de falta de apetito, las grasas utilizadas para cocinar, así como el método de cocción empleado para las mismas, el alto consumo de azúcar pese a su padecimiento y el uso de la sacarina como edulcorante de elección, así como un consumo frecuente de comidas rápidas y dulce de leche.

La relación de fisher encontrada en las mujeres con obesidad, resalta la frecuencia constante en el consumo de comidas rápidas, alto consumo de cereales como pan baguette, pastas, lentejas, frijoles blancos, tubérculos, cereales de desayuno, plátano y tortillas de maíz y harina. Así como una alta ingesta en embutidos, mantequilla, natilla, bebidas gaseosas, comida china y de sodas o taquerías.

Por su parte las mujeres que presentan hipertensión consumen frecuentemente mariscos, queso crema, helados y en las comidas rápidas la ingesta más común es de taquerías o sodas, que tienen un alto de sodio, grasa y azúcares.

Las mujeres con dislipidemias presentan un alto consumo de pan de bollería y escasa ingesta de panes integrales, sumado al tipo de grasa que utilizan para cocinar y un bajo consumo de grasas mono y poliinsaturadas como las que tiene el aguacate.

6.2 RECOMENDACIONES

- Realizar el estudio con una muestra más grande para identificar si los resultados varían y si se puede determinar más relaciones entre las variables aquí estudiadas además de sus causas.
- Realizar investigaciones similares en los otros programas de agenda local, para determinar si existen diferencias por cantones.
- Realizar la encuesta de manera presencial, para poder esclarecer las dudas que resulten a la hora de llenar el documento y evitar deducciones por parte de las participantes.
- Promocionar la aplicación de hábitos alimentarios que favorezcan el manejo adecuado de las enfermedades crónicas no transmisibles presentes en esta población.
- Incorporar en la encuesta cantidad de consumo además de la frecuencia para que los resultados sean más precisos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association. (12 de Mayo de 2018). American Heart Association. Obtenido de Comprender las lecturas de presión arterial: <https://www.goredforwomen.org/es/health-topics/high-blood-pressure/understanding-blood-pressure-readings>
- (2008-2009), E. N. (2009). Encuesta Nacional de Nutrición (2008-2009). San José, Costa Rica.
- ADA. (2018). "Estándares de atención médica en la diabetes". IntraMed.
- ADA. (08 de Enero de 2020). ADA. Obtenido de <https://ada.com/es/conditions/diabetes-mellitus-type-2/>
- Agenda local de mujeres San Rafael. (2009). Agenda local de mujeres del cantón de San Rafael de Heredia. Obtenido de INAMU: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/07803.pdf>
- Alejos de Domingo, A. (Febrero de 2018). Universidad Complutense. Obtenido de EDULCORANTES O AZÚCAR: EFECTOS SOBRE LA SALUD: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/60375/>
- American Heart Association. (2017). Redefinición de la hipertensión arterial por primera vez en 14 años: 130 es el nuevo valor para la presión alta. American Heart Association.
- American Heart Association. (2020). American Heart Association. Obtenido de ¿Cómo mis niveles de colesterol afectan mi riesgo de ataque cardíaco y derrame cerebral?: https://www.heart.org/-/media/files/health-topics/answers-by-heart/answers-by-heart-spanish/abh_whatidochollevelsmean-ucm_480466.pdf
- Anaya, A. (01 de Octubre de 2020). Revista soy vida. Obtenido de ¿Cómo puede afectar el consumo de camarón a los hipertensos?: <https://www.soyvida.com/hipertension/Como-puede-afectar-el-consumo-de-camaron-a-los-hipertensos-20201001-0017.html>
- Andreu Martí, A., Flores Meneses, L., & Cañizares Alejo, S. (17 de Agosto de 2018). Portal Clinic. Obtenido de Clínic Barcelona: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/obesidad/definicion>
- Aranceta Bartrina, J., Castro Martínez, M. G., Meneses Sierra, E., Pfeffer Burak, F., & Sánchez Mijangos, J. H. (2018). Hidratación: importancia en algunas condiciones patológicas en adultos. Scielo.
- Arboleda Mothoya, L. M., & Velasquez, J. E. (2015). Nutrition knowledge and eating habits in women diagnosed with hypertension in the municipality of Sonsón - Colombia. Revista Chilena de Nutrición.
- Arboleda, L. M., & Edinson Velásquez, J. (Diciembre de 2015). SciELO. Obtenido de Conocimientos y hábitos alimentarios en mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial del municipio de Sonsón - Colombia: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182015000400006&script=sci_arttext&tlng=e

- Ariza González, A., & Bermúdez Villarroya, L. (2018). Universidad Libre de Colombia. Obtenido de Factores de riesgo y estilos de vida relacionados con ECNT : <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/17870/44151351.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Baca, S., & Ivañez, P. (2015). Agroindustrial Science. Obtenido de Importancia del magnesio en la dieta humana: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/agroindscience/article/view/1065/993>
- Barbosa de Oliveira, S., Geraldo Pierin, A., & Bagno Eleutério da Silva, S. (Febrero de 2016). Scielo. Obtenido de The control of hypertension in men and women: a comparative analysis: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100050&lng=en&tlng=en
- Bastías, J. M., & Cepero, Y. (2016). La vitamina C como un eficaz micronutriente en la fortificación de alimentos. SciELO. Obtenido de Revista Chilena de Nutrición.
- Bega, E. (2018). REDI-Universidad FASTA. Obtenido de Estado nutricional, hábitos alimentarios y prácticas de actividad física en asistentes al polideportivo barrial: http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1697/Bega_NU_2018.pdf?sequence=1
- Bloom, D., Chen, S., & Klaus Prettner, M. (1 de Noviembre de 2018). La carga macroeconómica de las enfermedades no transmisibles en los Estados Unidos: estimaciones y proyecciones. Obtenido de PLOS ONE: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0206702>
- Caballero, C. T. (2016). SciELO. Obtenido de "Factores y determinantes del consumo de comida chatarra en estudiantes de la facultad de medicina, enfermería: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762016000300005&lng=es&nrm=iso#:~:text=Un%2050%2C72%20%25%20de%20la,en%20un%209.67%25%20reemplaza%20su
- Caceido Toaza, I., & Pin Aguilar, A. (2020). UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO. Obtenido de RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALIMENTOS Y DISLIPIDEMIA EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL BABAHOYO: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8154/P-UTB-FCS-NUT-000037.pdf?sequence=1>
- Carnero, E. (13 de Septiembre de 2019). Saber vivir. Obtenido de 8 respuestas sobre el índice glucémico que debes saber: https://www.sabervivirtv.com/nutricion/indice-glucemico-alimentos-que-es-como-afecta-salud_1986
- Castañeda Porras, O., Segura, O., & Parra Rodríguez, A. (2018). Revista Médica de Risaralda. Obtenido de Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, Trinidad-Casanare, 2012-2014: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/14631>
- Castillo Barcias, J. A. (2015). Fisiopatología de la diabetes. Revista Médica Endocrina, 18-19.

- Castro Albarrán, J. M. (2014). "Temas selectos de salud en el trabajo." Salud, ambiente y trabajo. En "Temas selectos de salud en el trabajo.". New York: McGraw-Hil.
- CCSS. (2017). Manual de procedimiento multidisciplinario para la atención y enseñanza de las enfermedades crónicas no transmisibles. San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS).
- CCSS. (2018). CCSS llama a bajar consumo de sal para reducir hipertensión arterial. San José, Costa Rica: CCSS.
- Cerón López, L. L. (19 de Noviembre de 2019). Universidad Técnica del Norte. Obtenido de Valoración del estado nutricional para la detección de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de la población de El Juncal Imbabura Ecuador, 2019: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9452>
- CIGA. (2011). CIGA. Obtenido de Guías Alimentarias: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/guia_alimentarias_2011_completo.pdf
- CIGA. (2017). Semana de la Nutrición 15 al 19 de mayo. Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias (CIGA).
- Clifford. (2015). Colorado State University. Obtenido de Diabetes: Nutrición y Salud: https://mountainscholar.org/bitstream/handle/10217/211702/AEXT_09334spa_201708.pdf?sequence=1
- Comisión Europea. (2 de julio de 2018). Web oficial de la Unión Europea. Obtenido de Enfermedades crónicas y de alta prevalencia: https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/overview_es
- Costa Rica Azul. (7 de febrero de 2018). Obtenido de COMIDAS RÁPIDAS Y SU EFECTO NOCIVO EN LA SALUD: <https://costaricaazul.com/comidas-rapidas-efecto-nocivo-en-la-salud/>
- Dhingra, R., Sullivan, L., & Jacques, P. (23 de Julio de 2007). AHA Journals. Obtenido de Soft Drink Consumption and Risk of Developing Cardiometabolic Risk Factors and the Metabolic Syndrome in Middle-Aged Adults in the Community: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/circulationaha.107.689935>
- Díaz, D. (2016). Vitonica. Obtenido de El azúcar: enemigo nº1 en riesgo de hipertensión: <https://www.vitonica.com/prevencion/el-azucar-enemigo-no1-en-riesgo-de-hipertension>
- Esquivel Solís, V., Martínez Jaikel, T., & Murillo Castro, A. (Diciembre de 2014). Revista Costarricense de Cardiología. Obtenido de Riesgo cardiovascular en mujeres costarricenses con exceso de peso, ¿mito o realidad?: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422014000200012

- FAO. (2012). Macronutrientes: carbohidratos, proteínas y grasas. FAO, 99. Obtenido de Nutrición humana en el mundo en desarrollo.
- Feijoo Cerezo, V., & Zambrano Zambrano, K. (2019). Universidad Técnica de Babahoyo. Obtenido de CONSUMO ALIMENTARIO Y SU RELACIÓN CON DISLIPIDEMIA EN ADULTOS ENTRE 35 - 50 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL NICOLÁS COTTO: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/7003/P-UTB-FCS-NUT-000023.pdf?sequence=1>
- FINUT. (8 de Noviembre de 2012). Fats and fatty acids in human nutrition. Obtenido de La Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT) : <http://www.fao.org/3/i1953s/i1953s.pdf>
- Freidín, B. (Octubre de 2016). Alimentación y riesgos para la salud. Obtenido de SciELO: <https://www.scielo.org/article/scol/2016.v12n4/519-536/es/>
- García, K. (4 de Febrero de 2019). Ebro Blog. Obtenido de No te olvides de la merienda: <https://www.sentirsebiennota.com/2019/02/04/importancia-de-la-merienda/>
- Garmendía, L. (marzo de 2020). Fundación Instituto Hipólito Unanue. Obtenido de Hipoglicemiantes orales en el tratamiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2: Metformina: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v59i1.202>
- González, V. B., Ruggiero, M., Antún, M. C., Mirri, M., & Yomal, A. (2016). Diseño y validación de un autotest de hábitos alimentarios para la población adulta. Revista Española de Nutrición Comunitaria, 16-17.
- González, W. V. (abril de 2014). BINASSS. Obtenido de Obesidad: la pandemia nacional: <https://www.binasss.sa.cr/obesidadfinal.pdf>
- Grulla. (28 de marzo de 2020). Grulla Psicología y nutrición. Obtenido de La nueva rueda de los alimentos en el 2020 y sus grupos: <https://grullapsicologiaynutricion.com/blog/nueva-rueda-alimentos>
- Guevara Villalobos, D., Céspedes Vidas, C., & Flores Soto, N. (Diciembre de 2019). Acta Médica Costarricense. Obtenido de Hábitos alimentarios de la población urbana costarricense: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000400152&lng=en&nrm=iso. ISSN 0001-6002.
- Guevara Villalobos, D., Céspedes Vidas, C., & Flores Soto, N. (19 de Setiembre de 2019). Hábitos alimentarios de la población urbana. Obtenido de Acta Médica Costarricense: <https://ilsimesoamerica.org/wp-content/uploads/sites/14/2019/11/2019-H%C3%A1bitos-de-alimentaci%C3%B3n-CR.pdf>
- Henao Buriticá, A., Fernández Rincón, C., & García García, N. (2017). Investigaciones Andina. Obtenido de Configuraciones familiares de los pacientes con ECNT de una institución prestadora de servicios de salud de tercer nivel en la ciudad de Armenia: <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239058067005.pdf>

- Henefood. (2017). Nutrición en la edad adulta. Henefood.
- Hernández Ojeda, R., & Riveras Morales, E. (6 de Setiembre de 2017). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Obtenido de Causas y Consecuencias del Consumo Excesivo de la Comida Chatarra: <https://repositorio.unan.edu.ni/3752/>
- Hidalgo, K. (06 de Febrero de 2012). Hábitos alimentarios saludables. Obtenido de Ministerio de Educación Pública: <https://www.mep.go.cr/noticias/habitos-alimentarios-saludables>
- INEC. (2013). INEC. Obtenido de Indicadores demográficos cantonales: https://www.inec.cr/wwwisis/documentos/INEC/Indicadores_Demograficos_Cantonales/Indicadores_Demograficos_Cantonales_2013.pdf
- Infante, D. R. (Junio de 2011). Obtenido de PERCEPCIÓN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, HÁBITOS ALIMENTARIOS ESTADO NUTRICIONAL Y PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN POBLACIÓN DE 9-11 AÑOS DEL COLEGIO CEDID CIUDAD BOLÍVAR, BOGOTÁ: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/8771/tesis704.pdf>
- Jiménez Córdoba, J. (2018). Enfermedades cardiovasculares y cáncer siguen incrementando muerte prematura en Costa Rica. San José Costa Rica: UCR.
- LAICA. (s.f.). LAICA. Obtenido de <https://laica.cr/>
- Laspiur, S. (2017). Guía de Práctica Clínica Nacional sobre diagnóstico y tratamiento de la obesidad en adultos. 23-25. Obtenido de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000971cnt-2017-06_guia-practica-clinica_obesidad.pdf
- Leiva, T., Rojas, P., & Carrasco, F. (octubre de 2016). Revista Médica de Chile. Obtenido de Effect of meal frequency and carbohydrate intake on the metabolic control of patients with type 2 diabetes mellitus https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872016001000002&script=sci_arttext&tlng=p: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872016001000002&script=sci_arttext&tlng=p
- Lemos Rodríguez, R. (2020). Descubre cuál debería ser tu ingesta calórica diaria. Mejor con Salud, <https://mejorconsalud.com/descubre-cual-deberia-ingesta-calorica-diaria/>.
- Lizama Lefno, A. (2016). Multidisciplinariedad en el manejo de enfermedades crónicas. Anales de la Facultad de Medicina.
- Llopis, A. C. (2 de Mayo de 2020). Universidad Católica de Valencia. Obtenido de FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA OBESIDAD : <http://hdl.handle.net/20.500.12466/1259>
- Mayo Clinic. (15 de Enero de 2019). Mayo Clinic. Obtenido de Diabetes: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/diabetes/diagnosis-treatment/drc-20371451>

- Mayo Clinic. (24 de Enero de 2019). Mayo Clinic. Obtenido de Nutrición y comida saludable: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/fiber/art-20043983#:~:text=Fibra%20soluble.,la%20cebada%20y%20el%20psilio.>
- Mingyang , S., Kana, W., Meyerhardt, J., Ogino, S., Wang, M., & Fuchs, C. (2018). Fiber Intake and Survival After Colorectal Cancer Diagnosis. *JAMA*.
- Ministerio de Salud. (1997). Ministerio de Salud. Obtenido de Guías alimentarias para la educación nutricional en Costa Rica: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/guias%20alimentarias.pdf
- Ministerio de Salud. (2014). Análisis de Situación de Salud en Costa Rica. San José.
- Ministerio de Salud. (13 de Agosto de 2014). Ministerio de Salud. Obtenido de Guías Alimentarias: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/antecedentes.pdf
- Ministerio de Salud. (2018). Metas nacionales de reducción. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud. (21 de Abril de 2020). Ministerio de Salud. Obtenido de Recomendaciones nutricionales y alimentarias para: https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/estrategias_cvd/recomendaciones_nutricionales_poblacion_sana_frente_covid_22042020.pdf
- Morelos Pulido , Y., & Hernández Calderón , E. (12 de Setiembre de 2019). Universidad Latina de América. Obtenido de El consumo de aguacate y sus beneficios para la salud: <https://www.milenaria.umich.mx/ojs/index.php/milenaria/article/download/40/23>
- Moreno, M. (2012). Definition and classification of obesity. Elsevier.
- Mundet Riera, I., & Hernández Esparza, E. (2014). Pacientes y cuidadores. Obtenido de Síntomas de descontrol de la diabetes: <http://www.pacientesycuidadores.com/en-detalle/diabetes/sintomas-descontrol-diabetes/#:~:text=Sus%20signos%20y%20s%C3%ADntomas%20que,aumento%2C%20dificultad%20para%20respirar%2C%20gran>
- National Institutes of Health. (17 de Diciembre de 2019). National Institutes of Health. Obtenido de <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Calcium-DatosEnEspanol/>
- NIH. (18 de dICIEMBRE de 2019). National Institutes of Health. Obtenido de Datos sobre la vitamina C: <https://ods.od.nih.gov/pdf/factsheets/VitaminC-DatosEnEspanol.pdf>
- OMS. (25 de Septiembre de 2018). Obtenido de Salud en la Mujer: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

- OMS. (01 de Junio de 2018). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Enfermedades no transmisibles: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- OMS. (5 de Abril de 2019). Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). Obtenido de https://www.who.int/elena/titles/potassium_cvd_adults/es/
- OPS . (2018). Sobrepeso afecta a casi la mitad de la población de América Latina y el Caribe. OPS Costa Rica.
- OPS. (1 de Setiembre de 2015). OPS. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11180:ultra-processed-foods&Itemid=1926&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Washington.
- Padra, E. (2017). OMS: Costa Rica lidera listado de lucha contra enfermedades no transmisibles. San José, Costa Rica: ELPERIODICOCR.
- Piedra, M. I. (1997). Ministerio de Salud. Obtenido de Guías Alimentarias para la educación nutricional en Costa Rica: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/guias%20alimentarias.pdf
- Pin Aguilar , A., & Caicedo Toaza, I. (2020). Universidad Técnica de Babahoyo. Obtenido de RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALIMENTOS Y DISLIPIDEMIA EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL BABAHoyo (IESS): <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8154/P-UTB-FCS-NUT-000037.pdf?sequence=1>
- Ramón Arbues, E., & Martínez Abadía, B. (Febrero de 2019). sCielo. Obtenido de Prevalence of overweight/obesity and its association with diabetes, hypertension, dyslipidemia and metabolic syndrome: in Aragon, Spain: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000100051
- Roche, E. D. (17 de Junio de 2020). Revista electrónica de portales médicos. Obtenido de Enfermedades crónicas relacionadas con el consumo elevado azúcar: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermedades-cronicas-relacionadas-con-el-consumo-elevado-azucar/>
- Rodríguez Rodríguez, E., Sánchez Rodríguez, P., Lorenzo Mora, A. M., & Ortega , R. M. (2019). Vitamin D deficiency in Spanish population. Importance of egg on nutritional improvement. *Nutrición Hospitalaria*.

- Salamanca Ramos, E. (25 de Agosto de 2015). The lifestyles of people attached to Villavicencio's social. Obtenido de SciELO: <http://www.scielo.org.co/pdf/rori/v19n2/v19n2a08.pdf>
- Salud y bienestar. (14 de Octubre de 2015). Obtenido de Recomiendan ampliar consumo de cereales fuera del desayuno: <https://www.24horas.cl/tendencias/salud-bienestar/recomiendan-ampliar-consumo-de-cereales-fuera-del-desayuno-1814574>
- Sánchez, E. (31 de Octubre de 2018). Infosalus. Obtenido de Cuidado, la comida rápida no solo causa obesidad: <https://www.infosalus.com/nutricion/noticia-cuidado-comida-rapida-no-solo-causa-obesidad-20181031114654.html>
- Santoyo Fuentes, S., Gómez Aguilar, P., & Candila Celis, J. (07 de Julio de 2020). Revista salud y bienestar social. Obtenido de Estilo de vida en personas con diabetes tipo 2 de la zona citrícola de Yucatán: <https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/87>
- SEDCA. (2019). La rueda de los alimentos, una herramienta didáctica para alimentarse mejor y más fácilmente. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación.
- Serur, M. S. (Julio de 2019). Universidad de Concepción de Uruguay. Obtenido de Modificaciones alimentarias realizadas por adultos jóvenes durante fines de semana y su posible relación con complicaciones cardiometabólicas: <http://repositorio.ucu.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/522/134/SERUR%20Maria%20Sol%20tesina-PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Solorzano Solorzano, S. L. (2018). Dislipidemias. Madrid: Editorial Académica Española.
- Stephens Camacho, N., Valdez Hurtado, S., Lastra Zavala, G., & Félix Ibarra, L. (2018). sCIELO. Obtenido de Consumo de edulcorantes no nutritivos: efectos a nivel celular y metabólico: <http://www.scielo.org.co/pdf/penh/v20n2/0124-4108-penh-20-02-00185.pdf>
- Sullivan, D., Olsson, A., & Scott, R. (2012). Effect of a Monoclonal Antibody to PCSK9 on Low-Density Lipoprotein Cholesterol Levels in Statin-Intolerant Patients. JAMA.
- Tamayo, A. (2019). Prevention of Chronic Non-transmissible Diseases. Revista Finlay.
- Texas Heart Institute. (2016). Texas Heart Institute. Obtenido de Colesterol: <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/colesterol/>
- Torresani, M. E. (2014). Revista Española de Nutrición Humana y Dietética. Obtenido de Relación TG/HDL-C y resistencia a la insulina en mujeres adultas: www.Dialnet-RelacionTGHDLCYResistenciaALaInsulinaEnMujeresAdul-4658764.pdf
- Uribarri, J. (6 de Setiembre de 2016). Canal Diabetes. Obtenido de LA FORMA DE COCINAR ALIMENTOS PODRÍA REDUCIR RIESGO DE DIABETES TIPO 2: <https://canaldiabetes.com/forma-de-cocinar-alimentos/>

- Uribarri, J. (6 de Setiembre de 2016). Canal Diabetes. Obtenido de LA FORMA DE COCINAR ALIMENTOS PODRÍA REDUCIR RIESGO DE DIABETES TIPO 2: <https://canaldiabetes.com/forma-de-cocinar-alimentos/>
- Urrea , J. (2018). Arterial hypertension in women. *Revista Colombiana de Cardiología*, 13-20.
- USDA. (2010). *Dietary Guidelines for Americans*. Washington, DC.
- Vilaplana Batalla, M. (2016). *Hábitos alimentarios*. Elsevier, 15-18.
- Villarreal Arce, M. E., Vásquez Pérez, C., & Cantú Martínez , P. (27 de Marzo de 2019). Dirección de investigación de la ciudad de Monterrey. Obtenido de ESTADO NUTRICIO E INGESTA DE AGUA EN MUJERES ADULTAS DE DOS MUNICIPIOS EN EL ESTADO DE NUEVO LEON.: <https://pure.udem.edu.mx/es/publications/state-nutrition-and-water-intake-in-women-adults-of-two-municipal>
- Viveros Paredes, J. M., & Pastor Zarandona, O. A. (2 de Julio de 2017). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. Obtenido de Ingesta de comida rápida y su influencia en la producción de N-aciletanolaminas involucradas en el ciclo hambre-saciedad: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152317300186>
- Wang, Y. W. (22 de Octubre de 2019). IntraMed. Obtenido de Metformina y sus posibles indicaciones: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=94956>
- Yepez, A. V. (21 de Noviembre de 2019). Universidad Técnica del Norte. Obtenido de VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT) EN ADULTOS DE LA POBLACIÓN DE EL JUNCAL IMBABURA ECUADOR, 2019: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9464>
- Zanin, T. (03 de Febrero de 2020). *Alimentos con potasio*. Obtenido de Tuasaude: <https://www.tuasaude.com/es/alimentos-ricos-en-potasio/>
- Zapata Lamana , R., Cigarroa, I., Díaz, E., & Saavedra, C. (Marzo de 2015). Reducción del riesgo cardiovascular en mujeres adultas mediante ejercicio físico de sobrecarga. Obtenido de *Revista Médica de Chile*: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872015000300002&script=sci_arttext

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

AGE: productos finales de glicación avanzada.

CCSS: caja costarricense del seguro social.

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

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

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SEEN: Nutrición de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

RELACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y LAS ECNT EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS DEL PROGRAMA AGENDA LOCAL DE MUJERES DE HEREDIA, EN EL AÑO 2020

Consentimiento Informado

Estimada participante, esta investigación se realiza con el fin de determinar, por medio de evaluaciones la ingesta calórica, hábitos de alimentación y enfermedades crónicas no transmisibles de la población seleccionada, el estudio cuenta con un desarrollo durante los meses restantes del año actual.

La participación es voluntaria y no representa ningún riesgo para su integridad personal, los datos recolectados serán utilizados de forma anónima, como resultado de su colaboración en dicho estudio, se contará con un informe final acerca del estado de salud a nivel nutricional, esto con el fin de incentivar a la población a incluir hábitos de vida saludable en su diario vivir y obtener cambios en la salud tanto física como mental.

Cualquier consulta o duda puede comunicarse con la investigadora Ana Carolina Abarca Brenes al 8870-8357 o al correo carolina1726@gmail.com

¿Está de acuerdo en participar en la investigación, por favor seleccione la casilla?

- Sí
- No

Si su respuesta es afirmativa, anote su nombre completo para continuar

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Formulario

El siguiente cuestionario fue elaborado con el fin de conocer algunos aspectos importantes de su vida diaria, como los hábitos de alimentación, patrón alimentario, estilo de vida y enfermedades crónicas no transmisibles, la información brindada es confidencial y será utilizada para fines de estudio.

Instrucciones

El instrumento se compone de varias secciones en donde se le realizan preguntas que permitirán obtener información acerca de datos relevantes para el estudio, es importante que preste atención a cada pregunta y conteste de forma clara cada uno de los puntos del cuestionario. En caso de tener alguna duda pregunte a la investigadora.

Características sociodemográficas

Edad

- 30-39
- 40-49
- 50-59
- Más de 60 años

Estado Civil

- Soltera
- Unión libre
- Casada
- Divorciada
- Viuda

Escolaridad

- Primaria incompleta

- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Técnico
- Universidad incompleta
- Universidad completa

Domicilio

- San Rafael
- San Pablo
- San Isidro
- Barva
- Heredia

¿A qué se dedica?

Si conoce su peso en Kilogramos o libras, anótelo en el espacio inferior (ejemplo: 70 Kilogramos ó 154 libras) _____

Si conoce su talla en centímetros ó metros, anótelo en el espacio inferior (ejemplo: 160 centímetros ó 1,60 metros) _____

Evaluación dietética

| | |
|---|--|
| <p>¿Cuántos tiempos de comida realiza al día normalmente?</p> <p>1 – 2: <input type="radio"/> 3 – 4: <input type="radio"/> 5 – 6: <input type="radio"/></p> | <p>Indique cuáles realiza:</p> <p>Desayuno <input type="radio"/> Merienda tarde <input type="radio"/></p> <p>Merienda mañana <input type="radio"/> Cena <input type="radio"/></p> <p>Almuerzo <input type="radio"/> Colación nocturna <input type="radio"/></p> <p><i>(comida o snack que realice después de la cena)</i></p> |
| <p>¿Dónde consume la mayor parte de sus comidas?</p> <p>Casa: <input type="radio"/> Fuera: <input type="radio"/></p> | <p>¿Quién prepara sus comidas generalmente?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Usted misma <input type="radio"/> Alguien de su familia |

| | |
|--|--|
| | <input type="radio"/> Empleada doméstica |
| ¿Cómo calificaría su apetito? Malo: <input type="radio"/> Regular: <input type="radio"/> Bueno: <input type="radio"/> | Tipo de grasas que utiliza regularmente para cocinar? <input type="radio"/> No utilizo <input type="radio"/> Aceite <input type="radio"/> Mantequilla <input type="radio"/> Manteca <input type="radio"/> Spray |
| Tipos de cocción preferida: Asado: <input type="radio"/> Fritura: <input type="radio"/> Hervido: <input type="radio"/> A la plancha: <input type="radio"/> Al vapor: <input type="radio"/> | -Agrega sal a la comida ya preparada: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> -Consumo azúcar: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> -Utiliza algún edulcorante? Si su respuesta es afirmativa, indique cuál sería por favor: <input type="radio"/> No utilizo <input type="radio"/> Natuvia <input type="radio"/> Stevia <input type="radio"/> Sacarina <input type="radio"/> Splenda |
| ¿Cuántas veces a la semana consume comida rápida? <input type="radio"/> Menos de 1 vez al mes <input type="radio"/> 1 vez a la semana <input type="radio"/> 2 a 3 veces a la semana <input type="radio"/> Más de 4 veces a la semana | ¿Consumo agua diariamente? ¿Cuánta? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 a 3 vasos (250 a 750ml) <input type="radio"/> 4 a 6 vasos (1000 a 1500ml) <input type="radio"/> 7 a 9 vasos (1750 a 2250 ml) <input type="radio"/> Más de 9 vasos (más de 2250 ml) |

Antecedentes patológicos familiares

Marque en caso de que su familia cercana (mamá, papá, tíos) presenten alguna enfermedad, puede seleccionar varias opciones

| Patología | Sí v |
|---------------------------|-------------|
| Obesidad | |
| Cáncer | |
| Diabetes | |
| Dislipidemia | |
| Enfermedad cardiovascular | |
| Hipertensión | |
| Enfermedad renal | |

Antecedentes patológicos personales

Marque en caso de que usted presente alguna de estas enfermedades, puede seleccionar varias opciones

| Patología | Sí v | Patología | Sí v |
|---------------------------|-------------|--------------------------------------|-------------|
| Diabetes | | Colón irritable | |
| Dislipidemia | | Problemas dentales | |
| Obesidad | | Problemas de masticación o deglución | |
| Enfermedad cardiovascular | | Vómitos | |
| Hipertensión | | Reflujo gastroesofágico | |
| Enfermedad renal | | Gastritis | |
| Depresión | | Náuseas frecuentes | |
| | | Estreñimiento | |

Estilo de vida:

| |
|---|
| |
| Consume alcohol: Si: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/> |
| Fuma: Si: <input type="radio"/> <input type="radio"/> No: |

Frecuencia de consumo

A continuación, se presenta una lista de alimentos con sus respectivas porciones. Debe de marcar con una equis (X) la opción que se asemeje más al consumo que usted mantiene normalmente de dicho alimento.

Considere las siguientes abreviaciones:

Taza= tz

Cucharada= cda

Cucharadita= cdta

Unidad= u

Gramos= gr

ANEXO 3. DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo Ana Carolina Abarca Brenes, cédula de identidad número 4-201-271, en condición de egresada de la carrera de Nutrición de la Universidad Hispanamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación para optar por el título de licenciatura titulado **RELACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y LAS ECNT EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS DEL PROGRAMA AGENDA LOCAL DE MUJERES DE HEREDIA, 2020**, es una obra original y para su realización he respetado todo lo perceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público, firmo en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el día 02 de febrero del 2021.



Ana Carolina Abarca Brenes

ANEXO 4. CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

CARTA DEL TUTOR

San José, 15 de febrero de 2021

Yorleny Chacón Sandí
Directora de Carrera, Nutrición
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

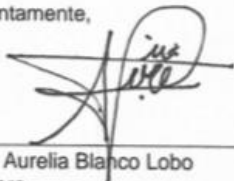
La estudiante Ana Carolina Abarca Brenes, cédula de identidad número 4-201-271, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "Relación de los hábitos alimentarios y las ECNT en mujeres de 30 a 65 años del Programa Agenda Local de Mujeres de Heredia, 2020.", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición, en mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

| | | | |
|-------|---|------|----|
| a) | ORIGINAL DEL TEMA | 10% | 10 |
| b) | CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES | 20% | 15 |
| c) | COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION | 30% | 30 |
| d) | RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 20% | 20 |
| e) | CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO | 20% | 20 |
| TOTAL | | 100% | 95 |

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,



Lic. Aurelia Blahco Lobo
 Tutora

ANEXO 5. CARTA DEL LECTOR

CARTA DEL LECTOR

San José, 14 de abril del 2021

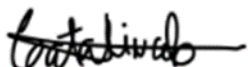
Carolina Brenes
Encargada de Tesis
Universidad Hispanoamericana

Estimado señora:

En mi calidad de lectora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectura con respecto al problema de investigación, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, análisis de datos, discusión, conclusiones y recomendaciones.

En virtud de lo anterior, avalo que la estudiante **Ana Carolina Abarca Brenes**, se presente al proceso de defensa pública de la tesis "**RELACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y LAS ECNT EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS DEL PROGRAMA AGENDA LOCAL DE MUJERES DE HEREDIA, 2020**".

Atentamente,



Catalina Capitán Jiménez, M.Sc
3-408-927
Carné Profesional: 46070

ANEXO 6. CARTA DE AUTORIZACIÓN

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION

San José, 27 de mayo del 2021

Señores:
Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Ana Carolina Abarca Brenes con número de identificación 4-201-271 autor (a) del trabajo de graduación titulado Relación de los hábitos alimentarios y las ECNT en mujeres de 30 a 65 años del programa agenda local de mujeres de Heredia, 2020 presentado y aprobado en el año 2021 como requisito para optar por el título de Licenciatura en Nutrición; (SI) autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N°6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,



4-201-271

Firma y Documento de Identidad