

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Carrera de Nutrición

*Tesis para optar por el grado académico de
licenciatura*

**RELACIÓN ENTRE EL RIESGO DE
PADECER SOBREPESO, OBESIDAD Y
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES, CON LOS HÁBITOS
ALIMENTARIOS Y EL NIVEL
SOCIOECONÓMICO, EN ADULTOS
MAYORES DE 25 AÑOS, EN LA ZONA DE
SIQUIRRES, LIMÓN, COSTA RICA, 2021**

**KARLISSA STEPHANNIE PEREIRA
MARCHENA**

Junio, 2021

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres principalmente por haberme hecho la persona que soy ahora y por darme la herramienta del estudio para forjar un mejor futuro.

Karlissa Pereira M.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios principalmente por darme las fuerzas, sabiduría y herramientas para cumplir con uno de mis más grandes sueños profesionales, por cuidarme y darme salud hasta el día de hoy, por ayudar a mis padres para que pudieran hacer realidad mi sueño de ser profesional y por la salud que les ha prestado siempre.

Gracias a mis padres por hacer realidad mi sueño de ser profesional, por ayudarme emocional y económicamente a cumplir esta meta, por impulsarme día a día a lograr mis sueños y por inculcarme buenos valores.

También agradezco a mis amigos más cercanos que me impulsaban y motivaban a seguir luchando por este triunfo, por ayudarme, orientarme y escucharme siempre.

Finalmente, agradezco de todo corazón a mi tutora de tesis y profesores durante mi carrera profesional, por orientarme, ayudarme, corregirme y forjarme para ser una excelente profesional y tener un pensamiento más crítico.

RESUMEN

Introducción: La obesidad y el sobrepeso han ido en aumento año tras año dejando consigo enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como diabetes, hipertensión, cardiopatías entre otras. Las ECNT tienen factores de riesgo modificables (actividad física, hábitos de vida, hábitos de alimentación) y factores no modificables (edad, sexo, genética). Los hábitos de alimentación están influenciados por el nivel socioeconómico, ya que a mayor nivel socioeconómico mayores son las probabilidades de elegir alimentos de alta calidad. Además, los incorrectos hábitos de alimentación como alto consumo de grasas, azúcar, energía, entre otros y los malos hábitos de vida como consumo de tabaco, alcohol y falta de actividad física generan a largo plazo ECNT.

Objetivo General: Relacionar el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, con los hábitos alimentarios y el nivel socioeconómico, en hombres y mujeres mayores de 25 años, mediante una encuesta, en la zona de Siquirres, Limón, Costa Rica, 2021.

Metodología: Se realiza un estudio cuantitativo- descriptivo en el cantón de Siquirres central con personas mayores de 25 años, residentes actuales del cantón de Siquirres, que sepa leer y escribir, cualquier etnia, disposición de teléfono o celular, la recolección de los datos se da mediante una encuesta realizada en Google forms.

Resultados: Se encontró una relación directa entre el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad con los malos hábitos de alimentación (valor $p = 0,022$), sin embargo, no se encontraron relaciones entre la actividad física, el consumo de alcohol y tabaco, la genética y el nivel socioeconómico. Tampoco se encontraron relaciones entre los hábitos de alimentación con el nivel socioeconómico, actividad física, consumo de tabaco alcohol y genética. Se encontró una diferencia entre la población sana y enferma en cuanto al realizar o no actividad física (valor $p = 0,003$).

Conclusión: Se concluye que no hay una relación directa entre el nivel socioeconómico y el padecer enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad en la población, sin embargo, existe una relación entre el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad con los hábitos de alimentación.

Palabras claves: diabetes, hipertensión, dislipidemias, cáncer, asma, cardiopatías, actividad física, frecuencia de consumo.

SUMMARY

Introduction: Obesity and overweight have been increasing year after year, leaving behind chronic non-communicable diseases (NCDs) such as diabetes, hypertension, heart disease, among others. NCDs have modifiable risk factors (physical activity, lifestyle, eating habits) and non-modifiable factors (age, sex, genetics). Eating habits are influenced by socioeconomic level, since the higher the socioeconomic level, the greater the chances of choosing high-quality foods. In addition, incorrect eating habits such as high consumption of fat, sugar, energy, among others, and bad lifestyle habits such as tobacco, alcohol and lack of physical activity generate long-term NCDs.

General objective: Relate the risk of suffering from overweight, obesity and chronic non-communicable diseases, with eating habits and socioeconomic level, in men and women over 25 years of age, through a survey, in the area of Siquirres, Limón, Costa Rica, 2021.

Methodology: A quantitative-descriptive study is carried out in the central canton of Siquirres with people over 25 years of age, current residents of the canton of Siquirres, who can read and write, any ethnic group having a telephone or cell phone, the data is collected through a survey conducted in Google forms.

Results: No relationships were found between socioeconomic status and the risk of chronic diseases, overweight and obesity. Sugar consumption is related to suffering from diabetes (p-value 0) and dyslipidemia (p-value 0.018), fat consumption due to heart disease (p-value 0.033) and meat consumption due to being overweight (p-value 0.049). There is a relationship between the risk of suffering from diabetes (p-value 0.033), dyslipidemias (p-value 0.019) and obesity (p-value 0.0003) with physical inactivity, therefore, physical inactivity, the consumption of sugar, fats and meats they are a risk factor in the population for suffering from CNCD.

Conclusion: It was concluded that there is no direct relationship between socioeconomic level and suffering from chronic non-communicable diseases, overweight and obesity in the population, however, there is a relationship between the risk of suffering from chronic non-communicable diseases, overweight and obesity with the habits of feeding.

Key words: diabetes, hypertension, dyslipidemia, cancer, asthma, heart disease, physical activity, frequency of consumption.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
CAPÍTULO I	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1.1 Antecedentes del problema	2
1.1.1.1 Antecedentes internacionales	3
1.1.1.2 Antecedentes nacionales	10
1.1.2 Delimitación del problema.....	12
1.1.3 Justificación	12
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.3.1 Objetivo general.....	15
1.3.2 Objetivos específicos	15
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	16
1.4.1 Alcances de la investigación	16
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	16
CAPÍTULO II	17
MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT)	18
2.1.1 Factores de riesgo.....	19
2.2. NIVEL SOCIOECONÓMICO	19
2.3 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	21
2.4 SEDENTARISMO.....	21
2.4.1 Nivel de sedentarismo.....	23
2.5 OBESIDAD	24
2.5.1 Causa de la obesidad.....	26
2.6 RELACIÓN OBESIDAD-SEDENTARISMO EN LAS Y LOS NIÑOS.....	29
2.7 TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD Y SEDENTARISMO	30
2.8 ACTIVIDAD FÍSICA.....	32
2.8.1 Beneficios del ejercicio físico	34

2.9 ESTADO NUTRICIONAL.....	36
2.9.1 Alteraciones del Estado nutricional	38
2.10 Hábitos alimenticios.....	39
2.10.1 Factores que influyen en la alimentación y salud nutricional	40
CAPÍTULO III.....	44
MARCO METODOLÓGICO.....	44
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	45
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	46
3.3.1 Área de estudio	46
3.3.2 Fuentes de información.....	46
Fuentes primarias	47
Fuentes secundarias	47
3.3.3 Población.....	47
3.3.4 Muestra	48
3.3.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	48
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	49
3.4.1 Validez de un cuestionario.....	51
3.4.2 Confiabilidad.....	51
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	52
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	52
3.7 PLAN PILOTO.....	73
3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	74
CAPÍTULO IV:	76
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	76
4.1 GENERALIDADES	77
4.1.1 Datos sociodemográficos	77
4.1.2 Datos socioeconómicos.....	80
4.1.3 Hábitos alimenticios.....	86
4.1.4 Estilo de vida.....	104
4.1.5 Clínica.....	108
CAPITULO V:.....	114
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	114
5.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.....	115
5.3 HABITOS Y CONSUMO DE ALIMENTOS	117
5.4 ESTILO DE VIDA	124

5.6 RELACIÓN NIVEL SOCIOECONOMICO Y RIESGO A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, SOBREPESO Y OBESIDAD	126
5.7 RELACIÓN HABITOS Y CONSUMO DE ALIMENTOS, NIVEL SOCIOECONOMICO CON EL RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, SOBREPESO Y OBESIDAD	131
5.8 RELACIÓN ACTIVIDAD FISICA Y RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, SOBREPESO Y OBESIDAD.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO VI:	134
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	134
6.1 CONCLUSIONES	135
6.2 RECOMENDACIONES	137
BIBLIOGRAFÍA	138
ANEXOS	149

Índice de tablas

Tabla 1 Criterios de inclusión y exclusión de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, 2021.	49
Tabla 3 Operacionalización de las variables.....	53
Tabla 4 Género y edad de los participantes del cantón de Siquirres en el año 2021	77
Tabla 5 Cantidad de personas que viven en el hogar según la edad.	80
Tabla 6 Clasificación del nivel socioeconómico	85
Tabla 7 Adición de sal, sazónador, consomé a la comida una vez servida de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.....	89
Tabla 8 Uso de salsas a diversos alimentos de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.....	90
Tabla 9 Diferentes tipos de líquidos o bebidas según número de vasos de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.....	91
Tabla 10 Tipo de preparación que utilizan los participantes con mayor frecuencia en distintos alimentos	92
Tabla 11 Frecuencia de consumo de verduras harinosas de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.	93
Tabla 12 Frecuencia de consumo de verduras no harinosas de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.	94
Tabla 13 Frecuencia del consumo de frutas de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.....	95
Tabla 14 Frecuencia de consumo de leguminosas de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.	96
Tabla 15 Frecuencia de consumo de granos y harinas de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.	97
Tabla 16 Frecuencia de consumo de carnes de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.....	98
Tabla 17 Frecuencia de consumo de lácteos de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.....	99
Tabla 18 Frecuencia de consumo de embutidos de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.	100
Tabla 19 Frecuencia de consumo de grasas de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.....	101
Tabla 20 Frecuencia de consumo de comidas rápidas de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.	102
Tabla 21 Frecuencia de consumo de otros productos que consumen las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.....	103
Tabla 22 Enfermedades que padecen las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.....	108
Tabla 23 Enfermedades que padecen los familiares de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.	109

Tabla 24 Relación entre el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles con el nivel socioeconómico de los adultos mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.....	111
Tabla 25 Relación entre el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad con el nivel socioeconómico y los hábitos de alimentación, de los adultos mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 26 Relación entre el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad con la actividad física, de los adultos mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 27 Género y edad de los hombres y mujeres participantes del plan piloto en el cantón de Siquirres en el año 2021	167
Tabla 28 Cantidad de personas que viven en el hogar según la edad.	170
Tabla 29 Clasificación del nivel socioeconómico de los hombres y mujeres participantes del plan piloto	174
Tabla 30 Adición de sal, sazónador, consomé a la comida una vez servida.....	178
Tabla 31 Uso de salsa inglesa, salsa rosada, salsa de tomate, mayonesa, aderezos para ensaladas (miel mostaza, aderezo César, ranch) a los siguientes alimentos.....	179
Tabla 32 Diferentes tipos de líquidos o bebidas según número de vasos	179
Tabla 33 Tipo de preparación que utilizan con mayor frecuencia los hombres y mujeres del cantón de Siquirres.....	180
Tabla 34 Frecuencia de consumo de diversos alimentos que consumen los participantes del plan piloto en el cantón de Siquirres, 2021.....	181
Tabla 35 Enfermedades que padecen los participantes del plan piloto	190
Tabla 36 Enfermedades que padecen los familiares de los participantes del plan piloto ...	191

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Participantes según estado civil, en el cantón de Siquirres, durante el 2021...	78
Ilustración 2 Grado de escolaridad de los participantes, cantón de Siquirres, durante el año 2021.....	79
Ilustración 3 Recepción de ingresos económicos de los participantes, cantón de Siquirres 2021.....	81
Ilustración 4 Proveniencia del ingreso económico de los participantes, cantón de Siquirres, 2021.....	81
Ilustración 5 Actividades laborales de los participantes, cantón de Siquirres, durante el 2021.....	82
Ilustración 6 Ingreso económico neto de los hogares de los participantes, cantón de Siquirres, durante el 2021.	82
Ilustración 7 Número de personas que aportan económicamente en el hogar de los participantes, cantón de Siquirres, durante el 2021.	83
Ilustración 8 Suma de dinero destinado a la compra mensual de alimentos en el hogar.	84
Ilustración 9 Tiempos de comida que realizan los participantes con mayor frecuencia. Cantón de Siquirres durante el 2021	86
Ilustración 10 Espacio físico donde realizan el mayor tiempo de sus comidas los participantes, en el cantón de Siquirres durante el 2021.....	87
Ilustración 11 Personas que preparan los alimentos normalmente en el hogar de los, en el cantón de Siquirres en el 2021.	87
Ilustración 12 Ingrediente con que endulzan las bebidas los participantes, cantón de Siquirres durante el 2021.	88
Ilustración 13 Cantidad de endulzante que utilizan en las bebidas los participantes, cantón de Siquirres durante el 2021.	88
Ilustración 14 Tipo de grasa que utilizan con mayor frecuencia para la cocción de sus alimentos los participantes, cantón de Siquirres durante el 2021.	89
Ilustración 15. Realización de actividad física de los participantes, cantón de Siquirres en el año 2021.....	104
Ilustración 16 Cantidad de actividad física que realizan por semana los participantes, cantón de Siquirres durante el 2021.....	104
Ilustración 17 Tipo de actividad física realizada por los participantes, cantón de Siquirres, 2021.....	105
Ilustración 18 Consumo de bebidas alcohólicas de los participantes, cantón de Siquirres durante el 2021.....	106
Ilustración 19 Cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión por parte de los participantes, cantón de Siquirres durante el 2021.	106
Ilustración 20 Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas por parte de los participantes, cantón de Siquirres durante el 2021.	107
Ilustración 21 Visita a nutricionistas que han realizado los participantes, cantón de Siquirres en el 2021.	108

Ilustración 22 Hombres y mujeres participantes del plan piloto según estado civil, cantón de Siquirres, durante el 2021.	168
Ilustración 23 Grado de escolaridad de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres, durante el año 2021.	169
Ilustración 24 Recepción de ingresos económicos de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres 2021.....	171
Ilustración 25 Procedencia del ingreso económico de los hombres y mujeres participantes en el plan piloto, cantón de Siquirres, 2021.....	171
Ilustración 26 Actividades laborales de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres, durante el 2021.....	172
Ilustración 27 Ingreso económico neto de los hogares de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres, durante el 2021.	172
Ilustración 28 Número de personas que aportan económicamente en el hogar de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres, durante el 2021.....	173
Ilustración 29 Suma de dinero destinado a la compra mensual de alimentos en el hogar de los hombres y mujeres participantes del plan piloto.	174
Ilustración 30 Tiempos de comida que realizan los hombres y mujeres participantes del plan piloto con mayor frecuencia en el cantón de Siquirres durante el 2021.	175
Ilustración 31 Lugar donde realizan el mayor tiempo de sus comidas los hombres y mujeres participantes del plan piloto, en el cantón de Siquirres durante el 2021.....	176
Ilustración 32 Personas que preparan los alimentos normalmente en el hogar de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, en el cantón de Siquirres en el 2021.	176
Ilustración 33 Ingrediente con que endulzan las bebidas los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres durante el 2021.	177
Ilustración 34 Cantidad de endulzante que utilizan en las bebidas los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres durante el 2021.	177
Ilustración 35 Tipo de grasa que utilizan con mayor frecuencia para la cocción de sus alimentos los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres durante el 2021.....	178
Ilustración 36 Realización de actividad física de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres en el año 2021.	187
Ilustración 37 Cantidad de actividad física que realizan por semana los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres durante el 2021.	187
Ilustración 38 Tipo de actividad física realizada por los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres.....	188
Ilustración 39 Visita a nutricionistas que han realizado los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres en el 2021.....	188
Ilustración 40 Consumo de bebidas alcohólicas de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres durante el 2021.....	189
Ilustración 41 Cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión por parte de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres durante el 2021.....	190
Ilustración 42 Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas por parte de los hombres y mujeres participantes en el plan piloto, cantón de Siquirres durante el 2021.....	190

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo se enfoca en relación entre el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, con los hábitos alimentarios y el nivel socioeconómico, en hombres y mujeres mayores de 25 años, en la zona de Siquirres, Limón, Costa Rica. En este apartado se contempla los antecedentes internacionales y nacionales, objetivos, alcances, delimitaciones y se brinda un panorama de autores que han abordado la temática de estudio

1.1.1 Antecedentes del problema

El sobrepeso y la obesidad son en conjunto la nueva pandemia del Siglo XXI, en gran parte responsable del desarrollo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), las cuales representan la primera causa de morbilidad en el mundo, especialmente en los países en vía de desarrollo como Costa Rica (Hernández, 2020)

El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo cardiovascular importantes e independientes que disminuyen la esperanza de vida e inducen claramente la aparición de comorbilidades tales como: síndrome metabólico (SM), las enfermedades cardiovasculares (ECV), la diabetes, las patologías osteoarticulares, algunos tipos de cáncer, depresión, alteración de la función cognitiva, trastornos de la imagen corporal, y dificultad en las relaciones humanas como en la socialización; esto implica una menor calidad de vida del individuo, un elevado costo personal, social y sanitario. (Hernández, 2020)

Se estima que 3,2 millones de personas mueren cada año debido a la falta de actividad física y a los estilos de vida sedentarios, constituyendo también al sobrepeso y la obesidad como

las causas fundamentales de mortalidad y discapacidad. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

1.1.1.1 Antecedentes internacionales

En la “Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2015” según la secretaría de salud durante el 2015 se presentaron 29.675 personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus en toda la región de Cauca, estableciendo como causa una combinación de factores que incluye: sobrepeso, el consumo de tabaco, la poca ingesta de frutas y verduras, el exceso de comidas rápidas, bebidas azucaradas y alcohol (Gobernación de Cauca, 2016).

En esta encuesta participaron el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud (INS), el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, y la Universidad Nacional de Colombia. Contó también con el apoyo de entidades como el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia (ACAC). Durante el trabajo de campo realizado entre noviembre de 2015 y diciembre de 2016 se entrevistaron 151.343 personas de 44.202 hogares en 295 municipios del país.

En un estudio realizado por González y colaboradores mencionan en relación con el estilo de vida que en los jóvenes universitarios favorecen comportamientos poco saludables, como los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo, considerados como riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad. El estilo de vida del estudiante universitario caracterizado muchas veces por el estrés y cargas académicas conducen a la irregularidad en los horarios de alimentación, incremento en el consumo de productos con alto contenido energético y a la

falta de tiempo para realizar ejercicio físico, los cuales pueden repercutir en los niveles de lípidos plasmáticos (González, Díaz, Mendizábal, Medina y Morales, 2016).

En un estudio realizado en Chile, se pretende establecer la influencia del consumo de alimentos en relación con el sobrepeso y obesidad en los trabajadores de una empresa, se estudiaron 61 trabajadores entre los 25 y 70 años. Se obtuvo que el (81.97%) de los trabajadores presentaban sobrepeso y obesidad, los cuales manifiestan en su totalidad mal consumo de alimentos y consumo calórico superior a las recomendaciones diarias según su peso ideal, talla y tipo de actividad física. Además, aquellos trabajadores con Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 25kg/m², presentaron en un 88% niveles elevados de colesterol y 54% hipertrigliceridemia. Se pudo concluir que existe mal consumo de alimentos con presencia de sobrepeso y obesidad en los trabajadores. (Moreno, 2013)

Otro estudio realizado en Ecuador, pretendió determinar el consumo de alimentos junto con la práctica de actividad física, se estudiaron a 131 trabajadores, entre los resultados obtenidos se puede mencionar que el 50% del total poblacional presentó algún tipo de malnutrición, prevaleciendo el sobrepeso y con menor porcentaje el bajo peso (30 y 40% respectivamente). Los trabajadores no realizaban actividad física regularmente, así mismo, el consumo de alimentos de las personas evaluadas proyectó que consumían mayor proporción de grasas, azúcares, arroz y papas los cuales fueron preparados en restaurantes aledaños al lugar de trabajo. (Jácome, 2012)

En la investigación desarrollada por Álvarez, Goez y Carreño en el 2012, titulada “Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza”, estudio descriptivo, transversal. Muestra constituida por 5556 adultos entre 18 y 64 años. Se analizó el ingreso familiar, el nivel educativo, la actividad ocupacional, el estrato social. se encontró mayor obesidad en las mujeres que en los hombres y en el grupo de mayor edad. El

nivel educativo, el estrato social y los ingresos familiares se asociaron con mayor riesgo de obesidad. En el caso de los ingresos familiares, el factor más relevante fue si la cantidad devengada por la familia era suficiente para garantizar la seguridad alimentaria y la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles cardiovasculares, desórdenes metabólicos, diabetes mellitus, artrosis u otras complicaciones ortopédicas y ciertos tipos de cáncer (colon, mama y próstata). (Álvarez, Goez y Carreño, 2012)

En la investigación desarrollada por Temporelli y Viego en el 2016 titulada “Condicionantes socioeconómicos y obesidad en adultos: evidencia basada en regresiones por cuantiles y datos de panel” se pretendió medir el efecto de variables de naturaleza socioeconómica sobre la prevalencia de obesidad, con base en el nivel de ingreso, la urbanización, la incorporación de la mujer al mercado laboral y la accesibilidad a alimentos no saludables. Se realizaron estimaciones econométricas de la proporción de varones y mujeres obesas por país, aplicando modelos basados en datos de panel y regresiones por cuantiles, con datos provenientes de 192 países para el período 2012- 2015. Como variables explicativas se consideraron los niveles de ingreso per cápita, urbanización, la razón ingreso/precio del Big Mac e indicadores laborales de la población femenina.

Las autoras concluyeron que los factores que inciden en la obesidad en adultos difieren entre varones y mujeres; la accesibilidad a comida rápida afecta en mayor medida a la obesidad masculina mientras que la modalidad de inserción laboral provoca mayores guarismos de obesidad en las mujeres. Los factores socioeconómicos subyacentes en la obesidad también son diferentes según la magnitud de esta problemática en cada país; en países con baja prevalencia, aumentos del nivel de ingreso favorecen el tránsito hacia hábitos obesogénicos, mientras que en países con elevadas tasas de obesidad, el nivel de ingresos atenúa el problema.

Identificar las causas socioeconómicas del notable incremento en la prevalencia de obesidad es fundamental para la implementación de estrategias efectivas para su prevención, no sólo por la disminución de la calidad de vida de quienes la padecen sino por la presión sobre los sistemas sanitarios de los costos de tratamiento de las patologías asociadas. (Temporelli y Viego, 2016)

En el artículo desarrollado por NG, Fleming y Robinson en el año 2016, titulado “Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013”, El propósito del artículo es cuantificar los efectos de la obesidad en la salud de la población para incitar a los tomadores de decisiones a priorizar la acción.

En la metodología empleada se analizaron sistemáticamente encuestas, informes y estudios publicados ($n = 1769$) que incluían datos de altura y peso, tanto a través de mediciones físicas como de autoinformes. Se utilizó regresión lineal de efectos mixtos para corregir el sesgo en los autoinformes. Se obtuvieron datos de prevalencia de obesidad y sobrepeso por edad, sexo, país y año ($n = 19\,244$) con un modelo de regresión de proceso gaussiano espacio-temporal para estimar la prevalencia con intervalos de incertidumbre (IU) del 95%.

Como resultado se obtuvo que la prevalencia mundial del sobrepeso y la obesidad combinado aumentó en 27,5% para adultos y 47,1% para niños entre 1980 y 2013. El número de individuos con sobrepeso y obesidad aumentaron de 857 millones en 1980, a 2.1 mil millones en 2013. En todo el mundo disminuyen estas proporciones a medida que las personas envejecen, posiblemente debido a efectos selectivos de la mortalidad o tasas más altas de enfermedades crónicas, enfermedad en la vejez y pérdida de peso asociada.

En el artículo desarrollado por Schmidt, Watson y Duncan en el año 2017, titulado “Obesity and its association with other non-transmitted chronic diseases”, en Estados Unidos, el

objetivo es evidenciar asociación entre la obesidad y las Enfermedades Crónicas No Transmisibles ECNT en adultos.

Para la metodología empleada se realizó una revisión sistemática de la relación entre obesidad y la capacidad de desarrollar enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) reportada en Estados Unidos, tomando como criterios de inclusión aquellos artículos, documentos o guías publicadas en los últimos 20 años y que evidenciaran asociación entre la obesidad y las ECNT en adultos; se usaron bases de datos como Medline, ScienceDirect, INEGI y OMS

Concluyen Schmidt et al (2017) que Se puede observar la evidencia suficiente de asociación existente entre obesidad y ECNT, esta constituye uno de los factores de riesgo predisponentes para padecer alguna de las anteriores ECNT, todo esto debido a los grandes cambios que ha sufrido nuestra generación en cuanto a la transición nutricional, transición demográfica y epidemiológica, fundamentalmente la alimentación industrializada que genera estilos de vida no saludables. El sedentarismo asociado a estilos de vida y condiciones socioeconómicas, entre otros, tienen una influencia directamente con la salud poblacional, por lo que es necesario que los gobiernos trabajen desde la corresponsabilidad para tomar medidas de salud pública que ayuden a mitigar, o al menos a disminuir la tasa de obesidad.

En el estudio realizado por Lindner en el año 2019 titulado “Prevalence of Risk Factors for Chronic Non-Communicable Diseases in USA”, se establece como objetivo determinar la prevalencia de los factores de riesgo, que están asociados a las enfermedades cardiovasculares, en la población de 18 a 64 años residentes del distrito en estados Unidos y su relación con los factores conductuales modificables.

La metodología empleada corresponde a un estudio descriptivo, transversal, correlacional en el que se aplicó encuesta: “Modelo investigación, Factores de Riesgo de Enfermedades No

Transmisibles y medición de calidad de vida en Salud”, a una muestra de 4312 personas. Se les realizó exámenes de laboratorio para glicemia y perfil lipídico, y se les tomó peso, talla (antropometría) y presión arterial. Los datos se analizaron mediante las pruebas de Modelos Lineales Generalizados Mixtos y Chi-cuadrado con 95% de nivel de confianza.

Concluye Lindner (2019) que las condiciones clínicas como Hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia y obesidad, las cuales son factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades cardiovasculares, están asociadas significativamente a factores de riesgo conductuales modificables como: mala alimentación, baja actividad física, consumo de alcohol y tabaco. Por ende, de tomarse acciones correctivas de forma inmediata, se disminuirá el riesgo de adquirir enfermedades cardiovasculares y, por otra parte, esta información debe emplearse en la evaluación del impacto de programas de intervención que se realicen en la Región.

En la investigación desarrollada por Di Cesare en el año 2019 titulada “Global trends of chronic non-communicable diseases risk factors.”, la autora establece como objetivo estimar predisposiciones mundiales de los factores de riesgo de ENT.

En cuanto a la metodología los datos de la NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) permitieron el análisis de más de 128 millones de niños, adolescentes y adultos con información disponible sobre altura y peso, 4,4 millones de participantes con datos sobre diabetes a través de la medición de sus biomarcadores y 19 millones de adultos. que había medido la presión arterial.

Como resultados del estudio de De Cesari (2019) se obtuvo que En los adultos, la prevalencia de la obesidad aumentó del 3,2% en 1975 al 10,8% en 2014 en los hombres y del 6,4% al 14,9% en las mujeres. La prevalencia mundial de diabetes aumentó del 4,3% en 1980 al 9,0% en 2014 en los hombres y del 5,0% al 7,9% en las mujeres; la prevalencia más baja en 2014

se registró en el noroeste de Europa. El número de adultos con diabetes en el mundo aumentó de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014.

La carga de los factores de riesgo de las ENT se debe en parte al crecimiento y envejecimiento de la población. Sin embargo, los factores del estilo de vida juegan un papel crucial en la prevención de ENT.

En el estudio desarrollado por Grosso (2019) titulado “) Impact of nutritional risk factors on chronic non-communicable diseases.”, se establece como objetivo determinar la influencia de los factores de riesgo nutricional en el surgimiento de ECNT.

En la metodología empleada se utilizó el estudio Global Burden of Diseases (GBD) proporcionó una evaluación comparativa de riesgos (CRA) integral del factor de riesgo de ENT, cuantificando el impacto de los pares de riesgo-resultado conductuales, ambientales y ocupacionales, y metabólicos que cumplieron con los criterios del estudio GBD para resultados convincentes o probables. evidencia de causalidad. Se prestó especial atención a los factores de riesgo nutricionales, debatiendo la proporción de carga específica de enfermedad atribuible a cada factor de riesgo dietético y el nivel de ingesta asociado con el menor riesgo de mortalidad.

Concluye Grosso (2019) que la alta ingesta de sodio, la baja ingesta de cereales integrales y la baja ingesta de frutas fueron los principales factores de riesgo dietético de muerte a nivel mundial. La combinación de riesgos metabólicos crecientes y envejecimiento de la población probablemente continuará impulsando las tendencias crecientes de las ENT a nivel mundial. Estos datos proporcionan una imagen completa del impacto potencial de una dieta subóptima en la mortalidad y morbilidad por ENT, destacando la necesidad de mejorar la dieta en todos los países.

1.1.1.2 Antecedentes nacionales

Entre los antecedentes nacionales se encuentra el estudio desarrollado por Castro, Mora y Castro en el año 2020, titulado “Estado nutricional y estilos de vida de los participantes de la feria de salud del Instituto Nacional de Aprendizaje de Costa Rica, 2019”, el objetivo del estudio es analizar el estado nutricional y el estilo de vida de la población asistente a la Feria de Salud del INA, Uruca, San José.

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal. Se realizaron evaluaciones antropométricas y encuestas sobre estilos de vida a la población. La muestra estuvo constituida por 240 personas (110 mujeres y 130 hombres) entre los 18 y 85 años pertenecientes al Gran Área Metropolitana que asistieron a la Feria de Salud del INA Uruca.

Concluyen los autores que la población muestra un riesgo cardiovascular importante siendo el género femenino el más afectado, y la provincia de San José la más predominante; y se destaca el sobre peso como uno de los principales factores de riesgo. De acuerdo con la actividad física refiere que solo un poco más de la mitad de los encuestados realiza algún tipo de actividad. En el consumo de frutas el estudio refleja un bajo consumo de frutas y vegetales en general de estos nutrientes.

En un estudio desarrollado por Gómez y otros en el año 2019 se pretendía describir el perfil antropométrico y la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población urbana costarricense según características sociodemográficas y nivel de actividad física. El método se realizó entre noviembre de 2014 y mayo de 2015 se seleccionó una muestra representativa de la población urbana, conformada por 677 personas entre 20 y 65 años de edad. Se realizaron mediciones de talla, peso, circunferencia de cintura y cuello y se determinó la prevalencia de obesidad y

la obesidad abdominal y cervical, según los puntos de corte establecidos para los respectivos indicadores.

Los autores encontraron una prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) del 68,5 % en la población urbana costarricense, mayor en las mujeres que en los hombres (73,8 %), y en las personas mayores de 35 años (82,2 %). Además, el 70,3 % de la población presentó obesidad abdominal y el 46,8 % presentó una circunferencia de cuello aumentada. Concluyeron que, en Costa Rica, la prevalencia de obesidad encontrada es notablemente superior respecto a otras regiones del mundo, por lo que su abordaje se hace prioritario con el fin de prevenir la incidencia y prevalencia de enfermedades cardiovasculares y metabólicas y así disminuir su impacto, tanto para la salud del individuo como en los costes implicados en su atención.

En Costa Rica, la última 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 (Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009).

En la actualidad, se desconocen los hábitos alimentarios de la población costarricense más allá de lo arrojado en la Encuesta Nacional de Nutrición del año 1996 (Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición 1996). Sumado a lo anterior, de la última Encuesta Nacional de Nutrición (2008-2009) realizada en el país, solo se ha publicado los datos referentes al estado nutricional según antropometría, por lo que existe un gran vacío de información sobre el consumo habitual de alimentos. (Guevara, Céspedes, Flores, Úbeda, Chinnok y Gómez, 2019)

La necesidad de modificar los estilos de vida y orientarlos hacia la mejora en la salud permite establecer relaciones directas entre la presencia de prácticas adecuadas y prevención de enfermedades. La ejecución de prácticas saludables se refleja en el descenso de la incidencia

y prevalencia de enfermedades crónicas o no transmisibles lo que beneficia los servicios de salud pues modifica el costo económico por atención en las consultas por parte de los usuarios y permite destinar fondos a otros sistemas de prevención y promoción, no necesariamente a la curación. (Hernández, 2020)

1.1.2 Delimitación del problema

Esta investigación se desarrolla con una población de 96 personas, hombre y mujeres mayores a 25 años, de cualquier etnia, que sepan leer y escribir, e independientemente del nivel socioeconómico en que se encuentren, y que sean residentes del cantón de Siquirres, Limón, Costa Rica. La investigación tiene una línea de tiempo que corresponde desde enero 2021 hasta octubre del 2021.

1.1.3 Justificación

Esta investigación se realiza con el interés de demostrar si los hábitos alimentarios y el nivel socioeconómico en adultos de más de 25 años del distrito de Siquirres, tiene o no una relación estrecha con el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles.

La obesidad y el sobrepeso son un tema de salud pública de relevante importancia debido a que estas son las causas principales de enfermedades crónicas no transmisibles, así como problemas cardiovasculares, diabetes mellitus, accidentes cerebrovasculares, hipertensión y síndrome metabólico (Rincón y Nieto, p 9, 2019).

Parafraseando a la Organización Panamericana de la Salud (2017), las enfermedades crónicas no transmisibles han tomado gran fuerza los últimos años, por lo que se han convertido en

un factor de riesgo a morbilidad en todo el mundo, principalmente la hipertensión arterial, diabetes y problemas cardiovasculares.

La emergencia a nivel mundial a causa de las enfermedades crónicas no transmisibles, son el resultado de diversos factores sociales, ambientales y económicos, lo cual obliga a las personas a modificar su estilo y condiciones de vida (Serra, 2016).

Los inadecuados hábitos de alimentación junto con un mal estilo de vida son los causantes de gran cantidad de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión, obesidad, entre otras, debido al inadecuado consumo de alimentos altamente procesados, altos en grasas saturadas y azúcares (Perugachi, Espín y Folleco 2020).

El nivel socioeconómico influye en estas patologías, debido a que los alimentos que son altamente calóricos se venden a un menor precio y en mayor cantidad, en comparación a los alimentos saludables como verduras, fruta y carbohidratos complejos, por lo que las personas prefieren obtener más alimentos a un menor precio (Temporelli y Viego, 2016).

El bajo consumo de vegetales, frutas y fibra se relaciona con el riesgo de padecer ciertas enfermedades crónicas no transmisibles, debido al difícil acceso económico que cierta población tiene a estos alimentos (Zambrano, Otero y Rodríguez, 2015). Además, se ha demostrado una relación entre los niveles socioeconómicos con los inadecuados hábitos de alimentación y por ende un aumento en el peso (Gallegos, 2018).

Es de relevante importancia conocer cómo influyen el sobrepeso, la obesidad y los hábitos alimenticios en el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles en la población costarricense residente de Siquirres. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son condiciones que tienen una etiología compleja, multifactorial, con largos períodos de incubación o latencia. Estas enfermedades son prevenibles si se promueven estilos de vida

en la población, para aumentar los factores protectores y disminuir los riesgos que favorecen su desarrollo.

La importancia del estudio de este tema radica en que las enfermedades crónicas son causantes de la morbilidad y mortalidad, afectando a todos los estratos de la sociedad y redundan en dos tipos de costos: la reducción de la productividad del individuo y de su capacidad de generar ingresos. Además, obligan a un uso más intenso de servicios de salud muy especializados.

Es necesario implementar programas educativos a diferentes niveles (local y nacional) y, sobre todo, promover los multiplicadores de información sobre lo que significa una dieta balanceada y la importancia de una alimentación sana, ya que muchas veces esto queda en manos de personas que no poseen la información ni la preparación correcta o, peor aún, en manos de la publicidad de las empresas de alimentos, interesadas principalmente en aumentar el consumo y no en mejorar la salud. Con este estudio se verá beneficiada la población adulta del cantón de Siquirres al acceder a información que les permita mejorar sus hábitos alimentarios y estilos de vida.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo de esta investigación se escoge ,a población mayor de 25 años debido a que La Encuesta Nacional de Nutrición (2008-2009), realizada en Costa Rica, indicó que el 62,4% de hombres y 66,6% de mujeres costarricenses con edades entre los 20 y 64 años sufren de sobrepeso y obesidad lo cual provoca padecimientos relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles, se consideró dar un rango mayor de cinco años de acuerdo a lo señalado en la referencia, por ello se establece como problema de investigación:

¿Cuál es la relación entre el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, con los hábitos alimentarios y el nivel socioeconómico, en hombres y mujeres mayores a 25 años, en la zona de Siquirres, Limón, Costa Rica, 2021?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos son la base para determinar las variables de la investigación con las que se sustentará el trabajo directo con los sujetos de estudio. Los objetivos son en otras palabras las metas de la investigación, o la razón por la que se desarrolla el estudio. Por tanto, se desarrollan en el apartado siguiente, con ello se sustenta el trabajo directo con los sujetos de estudio

1.3.1 Objetivo general

Relacionar el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, con los hábitos alimentarios y el nivel socioeconómico, en hombres y mujeres mayores de 25 años, mediante una encuesta, en la zona de Siquirres, Limón, Costa Rica, 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Identificar las características sociodemográficas de la población adulta del cantón de Siquirres, mediante un cuestionario virtual.
- b. Establecer el nivel socioeconómico de la muestra, mediante una encuesta.
- c. Conocer los factores de riesgo para padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles de la población en estudio.

- d. Identificar los hábitos alimentarios, mediante una encuesta que determine frecuencia de consumo, hábitos de alimentación y hábitos de vida.
- e. Relacionar el nivel socioeconómico de la muestra en estudio, con el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles.
- f. Relacionar los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico con el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles en la muestra.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

A continuación, se mencionan los alcances y limitaciones obtenidas durante la investigación con respecto a la relación de diversas variables obtenidas y aspectos que limitaron el desarrollo de la investigación.

1.4.1 Alcances de la investigación

En la presente investigación se obtuvo el alcance del nivel de actividad física y su relación con enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad, además, se obtuvo información sobre los hábitos de vida de la población.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

Debido a la crisis sanitaria que está cursando el país, no se logra determinar el estado nutricional de la población para verificar si se encuentran en sobrepeso u obesidad realmente.

Por lo que se deja a criterio propio o diagnóstico del doctor.

Otra limitante es la falta de estudios a nivel nacional y en población rural de Costa Rica, sobre hábitos de alimentación y frecuencia de consumo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT)

Para la Organización Mundial de la Salud (2014)

Las ECNT son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. Las ECNT afectan ya desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran casi el 75% de las muertes por ECNT, 28 millones. (p. 4)

Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como el envejecimiento, una urbanización rápida y no planificada, y la mundialización de unos modos de vida poco saludables. Por ejemplo, esto último, en forma de dietas malsanas, puede manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa sanguínea, hiperlipidemia, y obesidad.

Las ECNT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero más de 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años; el 82% de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo del tabaco y el alcoholismo.(OMS, 2014)

2.1.1 Factores de riesgo

Los factores de riesgo son ciertas circunstancias o condiciones que hacen que una persona tenga mayor probabilidad de padecer una enfermedad. Cuando a una persona se le asocian mayor número de factores de riesgo, la enfermedad aparecerá más rápido y su manejo será más difícil. (Muñoz, 2015)

Las enfermedades crónicas no transmisibles, tienen múltiples causas, es decir, que están relacionadas con factores externos, los cuales son modificables y factores biológicos. Entre estos factores se encuentran:

- a. Factores modificables: Alimentación inadecuada, sedentarismo, obesidad y sobrepeso, tabaquismo, exceso en el consumo de alcohol.
- b. Factores no modificables: edad, sexo, etnia, herencia. (Muñoz, 2015, p. 38)

2.2. NIVEL SOCIOECONÓMICO

El nivel socio económico no es una característica física y fácilmente informable sino que se basa en la integración de distintos rasgos de las personas o sus hogares. Corresponde al conjunto de variables económicas, sociológicas, educativas y laborales por las que se califica a un individuo o un colectivo dentro de una jerarquía social. (Dynesen, 2013)

De este modo, el estudio de los ingresos, el patrimonio, el círculo social en el que se mueve, el nivel educativo adquirido y las condiciones generales de su entorno más cercano, son factores que suelen estar interrelacionados, permitiendo definir de manera más o menos exacta, a qué nivel socioeconómico pertenece un individuo o núcleo familiar.

Para Dynesen (2013) “existe un acuerdo en que el nivel socioeconómico y el nivel educativo de las familias influyen en la ingesta dietética de sus miembros”. (p. 25) El nivel de educación de los padres es predictor del status socioeconómico familiar, puesto que éste está determinado no sólo por los ingresos familiares, sino también por la educación y ocupación de los padres.

Según Dowler (2011):

Este hecho a su vez influye en el lugar de residencia, poder adquisitivo, y también en una serie de variables relacionadas con la alimentación como son las preferencias y aversiones, la posibilidad de almacenar alimentos, que inciden directamente en la calidad de la dieta. (p. 22)

La influencia de los ingresos familiares en los hábitos alimentarios es evidente, ya que para consumir un alimento no basta con que esté disponible, sino que también es necesario comprarlo, y para ello hace falta dinero. De esta forma aquellas familias en la que los padres estén desempleados o tengan una profesión que les reporten bajos ingresos familiares, tendrán menos posibilidades de adquirir cierto tipo de alimentos.

A pesar de los cambios sufridos en los últimos años en los valores sociales de la familia, en los cuales los padres de familia empiezan a asumir mayor responsabilidad en la adquisición y preparación de las comidas familiares, la madre es la que sigue teniendo la mayor responsabilidad a la hora de elegir los alimentos que se van a consumir (Navia y Col, 2013). Actualmente los cabezas de familia son modelos para seguir para sus hijos, por tanto, las pautas dietéticas y la educación nutricional que éstos aporten a sus hijos serán imprescindibles para la buena adquisición de hábitos alimentarios.

2.3 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Para Gómez et al (2020) los datos sociodemográficos “Son variables estadísticas con información asociada a una zona geográfica que permiten explicar las características de una población”. (p. 8) Los datos sociodemográficos incluyen aspectos relacionados con la ubicación geográfica, edad, sexo y estado civil entre otros.

Los factores demográficos también influyen en el estado nutricional de la población, de manera que vivir en una zona rural puede suponer un mayor riesgo de sobrepeso u obesidad desencadenada por las desventajas socioeconómicas y peor acceso a los alimentos saludables.

2.4 SEDENTARISMO

Las conductas sedentarias son aquellas en las que se ejecuta menos de media hora de actividad física al día, ya que la persona se pasa casi todo su tiempo sentado frente a una pantalla (televisión, ordenador...). El sedentarismo induce a un aumento de peso, obesidad y riesgos cardiovasculares. Un individuo sedentario tiene un riesgo de mortalidad aumentado. Para Castell (2012) “médica y sociológicamente, el sedentarismo corresponde a un bajo gasto de energía corporal relacionada con una posición sentada o semi-reclinada”. (p. 12) El sedentarismo se va convirtiendo cada vez en un problema mayor y una realidad en la sociedad actual, ya que se comprende que una persona se incluya como sedentaria a la que no gaste la mínima energía corporal y pase mucho tiempo sentada.

Esto ocasiona que cada vez repunten con más fuerza las enfermedades causadas por el sedentarismo, que pueden ser a corto, mediano o largo plazo, como la obesidad, la diabetes, la osteoporosis, los problemas cardíacos y de acuerdo con recientes estudios, el asma, entre

otras. Hoy en día, tanto los hábitos diarios como los hábitos de tiempo libre han cambiado drásticamente. En la era tecnológica, se ha cambiado el juego en la calle o en el parque por la televisión, los videojuegos, el uso del teléfono móvil o de Internet.

La consecuencia es que las personas hoy en día gastan mucha menos energía en su tiempo de ocio, lo que a la vez posee efectos perniciosos para su salud. Habitualmente se entiende por sedentarismo la realización de actividades de ocio, no vinculadas a la jornada escolar o laboral, donde no se produce un gasto apreciable de energía y que están frecuentemente vinculadas al uso de instrumentos tecnológicos (TV, ordenador, videoconsolas, etc.). A ese tiempo hay que añadirle otras actividades sedentarias cada vez más desarrolladas como el uso de los videojuegos o el tiempo que se pasa navegando o chateando por Internet. El balance es que durante el tiempo libre se dedica 4 o 5 veces más tiempo a actividades sedentarias que a la realización de actividades físicas. (Castell, 2012)

El sedentarismo excesivo puede aquejar de forma muy substancial al estado de salud de los individuos. Así el empleo excesivo de tiempo que se dedica a actividades de ocio sedentarias se relaciona parafraseando a Castell (2012) con:

- a. En aumento de la obesidad y sobrepeso.
- b. La disminución de la actividad física ejecutada.
- c. La disminución del buen estado físico (tono muscular).
- d. El acrecentamiento de los sentimientos de depresión, la reducción de la satisfacción con el cuerpo y la auto competencia.
- e. El aumento de enfermedades cardiovasculares en edades tempranas.
- f. Mala alimentación con la disminución del consumo de frutas y verduras.

- g. Aumento del consumo de bebidas azucaradas, confites, aperitivos salados, y diferentes tipos de comida rápida poco sana.

2.4.1 Nivel de sedentarismo

Para Castell (2012) “Los beneficios de la actividad física son múltiples, previene la ganancia de peso, mejora la capacidad pulmonar y muscular, previene la aparición de enfermedades que se vuelven crónicas en la adultez”. (p. 48) En términos de salud mental también hay un impacto positivo, genera beneficios psicosociales en la valoración de la autoimagen, disminuye la ansiedad, el estrés y los síntomas de la depresión leve; contribuye a desarrollar habilidades en las relaciones con los demás, mejora la calidad del sueño. Es decir, su impacto positivo en la salud no tiene discusión.

Parafraseando a Castell (2012) es de entender que una medida práctica para identificar el nivel de actividad física de una persona son las siguientes:

- a. Sedentario: menos de 10 minutos de actividad física por día.
- b. Poco activo: entre 10 minutos y 30 minutos de actividad física leve.
- c. Activo: es la persona que cumple con las recomendaciones mínimas para estar saludable, que son 30 minutos de actividad física intensa a moderada, cinco o más días de la semana. Esta es la actividad básica para una persona, ya si se desea impactar algún tipo de enfermedad o condición física como hipertensión, diabetes, niveles altos de colesterol y triglicéridos, se debe aumentar a 60 minutos de ejercicio y en el caso de la obesidad, entre 60 y 90 minutos diarios.

La Organización Mundial de la Salud (2018), clasifica la actividad física en minutos por semana, siendo estos de:

- a. Sedentario: Menos de 150 minutos por semana
- b. Moderado: Entre 150 a 300 minutos por semana
- c. Activo: Más de 300 minutos por semana, que es lo recomendable para combatir enfermedades y la obesidad.

2.5 OBESIDAD

La obesidad se ha desarrollado de forma impresionante en los países desarrollados y en desarrollo, compone el principal problema de mala nutrición del adulto y es una enfermedad que se ha visto aumentada notoriamente en la población infantil. Para Amigo (2013):

La obesidad es una enfermedad caracterizada por un cúmulo de grasa neutra en el tejido adiposo superior al 20% del peso corporal de una persona en dependencia de la edad, la talla y el sexo debido a un balance energético positivo mantenido durante un tiempo prolongado. (p. 34)

Se entiende que debido al sedentarismo las personas pueden llegar a sufrir de la enfermedad de obesidad que es una acumulación de grasa en el cuerpo y hace que se vea con una contextura más gruesa. La obesidad es uno de los factores de riesgo vinculados al aumento de enfermedades cardiovasculares de adulto, junto con la hipertensión, el sedentarismo, el tabaquismo y la hipocolesterolemia. La prevalencia de la obesidad se ha ido incrementando

en las últimas décadas, considerándose una epidemia global y es la enfermedad no transmisible más prevalente en el mundo.

La obesidad es aquella condición caracterizada por un acumulo excesivo de grasa corporal, como consecuencia de un ingreso calórico superior al gasto energético del individuo. Así, “la obesidad no es definida a partir de la ganancia de peso, sino a través del tamaño de uno de sus componentes: el tejido adiposo”. (Verdú, 2014, p. 28) Y se considera que un individuo tiene un exceso de grasa cuando ésta le comporta un riesgo sobreañadido para la salud. Alguna vez considerados problemas de países con ingresos altos, la obesidad y el sobrepeso están en aumento en los países con ingresos bajos y medios, especialmente en las áreas urbanas

Debido a que la grasa corporal es difícil de cuantificar, diagnosticar la obesidad es una tarea compleja. Sin embargo, la evidencia clínica y epidemiológica reconoce al índice de masa corporal (IMC) como un criterio diagnóstico ampliamente aceptado en adultos (mayores de 18 años) y se han establecido como puntos de corte los resultados de IMC superiores a 25 kg/m² para definir sobrepeso y de 30 kg/m² para la obesidad. Esto ha surgido de diferentes estudios en donde valores de IMC superiores a 25-27 kg/m² se han asociado con un riesgo relativo de mortalidad superior al de la población general. (Verdú, 2014, p. 31).

En la infancia es más complicado valorar el IMC, porque los niños están en proceso de crecimiento y desarrollo y tanto el peso como la talla están aumentando, lo que determina grandes diferencias interindividuales en las tasas de acumulación de grasa, que varían con la edad, sexo, raza y sobre todo con el momento de inicio de la pubertad. Por lo tanto el IMC debe interpretarse en el contexto específico de la edad y el sexo de cada individuo.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

2.5.1 Causa de la obesidad

Unas de las causas primordiales del sobrepeso y la obesidad es el desequilibrio entre la ingesta y el gasto calórico. Parafraseando a Amigo (2013) el aumento mundial del sobrepeso y la obesidad infantiles es atribuible a varios factores, tales como: El cambio mundial hacia un aumento de la ingesta de alimentos con abundantes grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros nutrientes saludables. La tendencia a la disminución de la actividad física debido al aumento de la naturaleza sedentaria de muchas actividades recreativas, el cambio de los modos de transporte y la creciente urbanización por lo que hay menos espacios

También se reconoce que la prevalencia creciente de la obesidad se debe a cambios sociales. Se relaciona esencialmente a la dieta inadecuada y a la poca actividad física, pero no está relacionada solamente con la conducta del individuo, sino también, cada vez más con el desarrollo social, económico y las políticas en materia de agricultura, transportes, planificación urbana, medio ambiente, educación, distribución y comercialización de los alimentos. (Dynesen, 2013, p.35)

El problema es social y por consiguiente demanda un enfoque poblacional, multidisciplinar y adaptado a las situaciones culturales. Al contrario de la mayoría de los adultos, los niños

no pueden elegir el ambiente en el que viven ni los alimentos que comen. Además, tienen una capacidad limitada para comprender las consecuencias a largo plazo de su conducta. Por consiguiente, necesitan una atención especial en la lucha contra la epidemia de obesidad.

Para Sorli-Gerola (2015):

La etiología de la obesidad es multifactorial, están implicados tanto factores ambientales como genéticos. Entre los factores ambientales se incluyen aquellos del ambiente físico, económico y sociocultural que conllevan a un superávit calórico, como consecuencia del descenso de la actividad física y el aumento del ingreso calórico. Y en relación con la contribución genética en el desarrollo de la obesidad en general se deduce que se debe a una predisposición poligénica que incluiría genes que interaccionarían con los cambios nutricionales y con los del estilo de vida (p. 28).

La etiología exclusivamente genética (monogénica) es rara y afecta a menos del 5% de las obesidades. Sorli-Gerola manifiesta que se relaciona con mutaciones en los genes que intervienen en los mecanismos endógenos de control del peso, como el gen de la leptina o de su receptor, genes de la vía de síntesis y actuación de la melanocortina, entre otros.; y la mayoría de los cuadros clínicos se asocian a una herencia poligénica facilitadora a la que se unen factores ambientales desencadenantes.

En los últimos años ha habido un gran avance en el establecimiento del mapa genético de la obesidad humana, en donde se muestra que existen más de 450 genes, biomarcadores y regiones cromosómicas que se asocian con fenotipos de esta. Lo que no está suficientemente aclarado es cómo las alteraciones genéticas afectan a la ingesta alimentaria o al gasto energético (Cabezas, 2010). Los cambios tan rápidos en la prevalencia de la obesidad y en un tiempo tan corto, hablan más a favor de factores causales ambientales que genéticos, en

los que se favorecen períodos prolongados de balance positivo de energía, asociados a una disminución de la actividad física.

El sedentarismo es un factor clave en la reducción del gasto calórico que se ve reflejado en un aumento del tiempo que las personas pasan frente al televisor, en juegos pasivos o en la computadora, descendiendo el tiempo que destinan a las prácticas deportivas o a la recreación, que influyen en la disminución de forma manifiesta de la actividad física y en la conformación del sedentarismo como una forma de vida.

En relación a la ingesta alimentaria diversos estudios confirman que en la actualidad el alto consumo de productos de alta densidad energética y elevado contenido de grasas, con azúcar o sal, contribuyen en forma importante a la ingesta energética total y a la creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil, y este consumo se relaciona con el aumento del tamaño de la ración alimentaria, la gran apeticibilidad de estos productos, la propaganda alimentaria y los hábitos alimentarios adquiridos. (Verdú, 2014)

Una revisión sistemática señala que existen diferencias entre hombres y mujeres relacionado con aspectos biológicos y socioculturales que influyen en las causas y consecuencias de la obesidad. En los aspectos biológicos las diferencias son evidentes en los patrones de distribución y niveles de grasa corporal, las necesidades de energía y la capacidad de realizar ciertas actividades físicas. Y los aspectos socioculturales se con la elección de alimentos, los niveles de actividad física, la satisfacción del cuerpo y las consecuencias psicosociales de la obesidad.

Sin embargo, Para Verdú (2014) “no se puede generalizar un patrón definido de asociación debido a las diferentes distribuciones de la obesidad según sexo obtenidas en diversos estudios”. (p. 38) Pero se manifiesta la importancia de comunicar no sólo la prevalencia global de la obesidad, sino también los patrones separados por sexo o, alternativamente,

señalar que las diferencias están ausentes, ya que podrían ayudar a explicar la distribución de la obesidad.

2.6 RELACIÓN OBESIDAD-SEDENTARISMO EN LAS Y LOS NIÑOS

La obesidad relacionada con el sedentarismo y los malos hábitos alimentarios se han convertido en un problema mundial, causante de acrecentamientos en el índice de morbilidad y mortalidad de países pobres y ricos. La mayoría de esa realidad se origina en la niñez y en la adolescencia y es revertida o asociada con obesidades mórbidas de difícil control en los adultos y que implican grandes esfuerzos y costos para los sistemas de salud de cada país que tienen la misión de controlar y disminuir este flagelo, que deteriora la calidad de vida de las personas y sus promedios de vida.

La obesidad es una de las condiciones médicas más fáciles de reconocer, pero cuyo tratamiento es muy difícil. Para amigo (2013): “El aumento en peso no saludable debido a una dieta inadecuada y la falta de ejercicio es responsable por más de 300,000 muertes cada año. El costo anual a la sociedad por la obesidad se estima en alrededor de \$100 billones” (p. 38) Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por consiguiente, hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil.

La promoción de dietas sanas y de la actividad física ofrece el potencial de reducir la obesidad y también los riesgos vinculados a la hipertensión, las enfermedades cardíacas, la diabetes y

ciertos tipos de cáncer. De manera más general, la alimentación sana y la actividad física mejoran considerablemente la calidad de la vida.

La actividad física forma parte integrante de un estilo de vida sano. Esta es la razón por la que es esencial lograr que las personas aprendan a disfrutar del deporte y la actividad física durante el tiempo libre. Asimismo, la educación para un modo de vida sano debe iniciarse a una edad temprana.

2.7 TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD Y SEDENTARISMO

Para Devis (2010) “el tratamiento de estos problemas se debe implementar diferentes acciones, inicialmente debe detectar los casos de sobrepeso y obesidad que se da en la población”. (p. 36) Como se ha visto anteriormente, la forma más sencilla y con mayor aceptación a nivel internacional es calcular el IMC, ya que presenta la ventaja de que es más fácil de aplicar y más fácil de comprender para los alumnos. Una vez localizados los sujetos con exceso ponderal se debe informarles de los problemas de salud que supone el sobrepeso y la obesidad y motivarles hacia el cambio.

Para Devis (2010):

Dado el creciente número de personas susceptibles de incorporarse a programas de prevención, se debe promover en los centros docentes la conveniencia de crear grupos especiales de refuerzo educativo que reciban una o dos horas extra de clase semanal para ayudarles a superar este problema, que como hemos visto

no sólo tiene repercusiones físicas, sino también psicológicas que pueden incluso estar relacionadas con algunos casos de fracaso escolar (p. 37)

Es necesario estimular un aumento de la actividad física cotidiana y por consiguiente del gasto energético. El aumento de la actividad física debe ir orientado a lograr cambios en las actividades de la vida cotidiana, a disminuir el tiempo dedicado a actividades sedentarias (televisión, videoconsola, ordenador, etc.), a estimular actividades recreativas al aire libre y, a fomentar la participación en actividades deportivas de acuerdo a los gustos y preferencias.

Pero no se debe olvidar que el objetivo también es lograr un cambio de hábitos cuyo efecto se prolongue en el tiempo. Muñoz (2015) señala que “se ha de promover y formar para una actividad física regular vinculada a la adopción de hábitos alimenticios y de ejercicio físico que incidan positivamente sobre la salud y la calidad de vida” (p. 67), es decir prevenir la obesidad desde la educación para la salud. Los programas de ejercicio físico para el tratamiento de la obesidad deben ser de tipo cardiovascular (aeróbico), que involucre grandes masas musculares y estén directamente asociados a una mayor utilización de la glucosa.

Parafraseando a Muñoz (2015): El ejercicio físico produce ciertas mejoras en relación con la obesidad, entre ellas:

- a. El ejercicio físico ejerce un efecto beneficioso sobre la composición corporal. Ayuda a reducir el índice de grasa corporal.
- b. El ejercicio físico aeróbico se asocia con una mejora en el consumo máximo de oxígeno, produciendo a su vez una mejora de la capacidad pulmonar y esto se traduce en una mayor capacidad para realizar esfuerzos.

- c. Mejora de la función cardiovascular, reduciendo así el riesgo de padecer enfermedades tales como la hipertensión arterial o el infarto de miocardio, disminuyendo así las tasas de mortalidad por enfermedades de este tipo.
- d. Reduce los niveles de colesterol en sangre, disminuyendo así los niveles de “LDL” o colesterol malo, y aumentando los niveles de “HDL” o colesterol bueno.
- e. Reducción de los pliegues cutáneos, produciendo así una reducción de la grasa corporal.
- f. El ejercicio puede mejorar o reducir la existencia de anormalidades asociadas a la obesidad, como la sensibilidad a la insulina, la intolerancia a la glucosa o el perfil de lípidos en sangre (p. 69-70).

2.8 ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física es un factor determinante del gasto de energía y por tanto del equilibrio energético y control de peso; además, reduce el riesgo relacionado con enfermedades cardiovasculares, diabetes y presenta ventajas considerables con otras enfermedades, en especial las asociadas con la obesidad. Se recomienda que las personas se mantengan suficientemente activas durante toda la vida. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

La meta en relación con la actividad física se centra en mantener un peso corporal saludable, la recomendación es de un total de una hora diaria de ejercicio de intensidad moderada, la

cual está basada en cálculos del equilibrio energético y en un análisis de los numerosos trabajos publicados acerca de la relación entre el peso corporal y la actividad física.

Para Saz, Gálvez, Ortiz y Saz (2011):

La acción beneficiosa de la actividad física es general sobre todo el cuerpo, actúa modificando la fisiología y la bioquímica celular, pero es más evidente en las partes del cuerpo que se activan durante la práctica del ejercicio, como los músculos, los huesos, las articulaciones, el sistema circulatorio o el metabolismo.
(p. 6)

Para que sus efectos beneficiosos persistan, el ejercicio físico debe ser regular en la intensidad, la frecuencia y la duración. La práctica del ejercicio es la mejor manera para mantener la capacidad funcional de la persona y para prevenir la incapacidad como consecuencia del envejecimiento y las enfermedades crónicas.

El tipo de ejercicio que más se ha estudiado como saludable es el dinámico, que moviliza grandes grupos musculares de forma rítmica. Hay menos información sobre los beneficios del ejercicio de resistencia o isométrico. A la hora de elegir el ejercicio idóneo para cada uno, hay que valorar los antecedentes médicos de la persona, su condición física y también sus gustos.

Para Saz et al (2011):

La cantidad de ejercicio que se aconseja, producto de la intensidad y la duración, es la que consigue quemar 1.000 kcal/día al menos 5 veces por semana. La intensidad adecuada para poder obtener los beneficios, es la que alcanza el 50-70% de la capacidad máxima aeróbica, medida en consumo de O₂, o el 60-80% de la frecuencia cardiaca máxima. (p. 11)

Para las personas mayores, así como con las personas sedentarias no entrenadas, las diabéticas y los individuos con riesgo cardiovascular alto, hay que empezar por actividades de intensidad más baja y durante 15-30 minutos al día e ir aumentando la duración durante unos meses, ya que el margen terapéutico entre la actividad saludable y la actividad excesiva es estrecho. Por ejemplo, el efecto antioxidante del ejercicio sólo se observa con intensidades no excesivas. De manera práctica, si el ejercicio produce confort, es seguro que se ha hecho con la intensidad adecuada.

2.8.1 Beneficios del ejercicio físico

Para la organización Mundial de la Salud (2014):

Al menos un 60% de la población mundial no realiza actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud, atribuyéndose 1,9 millones anuales a la inactividad física, siendo este el cuarto factor de riesgo de mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Existen numerosas evidencias científicas que relacionan la AF y la salud física y mental, asociándose negativamente con el sobrepeso y la obesidad y positivamente con la salud cardiovascular en personas jóvenes. De ahí la importancia de incorporarla a los hábitos diarios (p. 13).

Existe una estrecha relación entre la salud la condición física (constituida por una medida integrada de todas las funciones y estructuras que intervienen en la realización de ejercicio). Estas funciones son la músculo-esquelético, endocrino- metabólica y psico-neurológica, observándose como el nivel de condición física está influenciado por la cantidad y tipo de

actividad física realizada. Este nivel de condición física Es proporcional al nivel de salud que posee una persona. La actividad física debe ser practicada de forma regular, mejora la salud y reduce el riesgo de mortalidad.

Parafraseando a Saz, Gálvez, Ortiz y Saz (2011), los beneficios de realizar actividad física son varios, entre ellos se encuentran: Disminución de la tasa de mortalidad, decrecimiento de los problemas de corazón y aumento de la expectativa de vida, depreciación de ritmo cardíaco.

Para Sanz et al (2011) el ejercicio físico interviene en la “prevención y tratamiento de la diabetes de tipo 2 y del síndrome metabólico”. (p. 12) La prevención de esta enfermedad es más palpable en las personas con factores de riesgo. Es importante tener presente que realizar actividades físicas disminuye la resistencia a la insulina. Con ayuda de los ejercicios disminuye de forma notable la problemática a nivel salud generada por la diabetes

El ejercicio físico ayuda a la prevención del debilitamiento de los huesos, para Sanz et al (2011) “El aumento de la resistencia del sistema esquelético propia de la niñez y la adolescencia aumenta cuando se realiza actividad física. El exceso discontinuo sobre el hueso hace vigorizar su composición al microscopio”. (p. 15) En mujeres que están en el periodo de menopausia los ejercicios generan un incremento de la consistencia de los huesos en la columna vertebral y en el fémur. Hay una disminución del riesgo de sufrir quebraduras y fracturas. Tambien con la actividad física se optimiza el equilibrio, la flexibilidad y la resistencia de los músculos y de las coyunturas.

El ejercicio mejora de la salud mental. Se puede visualizar una disminución del estrés y de la fatiga y optimiza el ánimo de las personas sean estas jóvenes o ancianas del estado de ánimo en la población general y vieja, respectivamente. “Existe certeza de que el ejercicio y

la actividad física ayudan a mejorar el estado depresivo de las personas, actúa de forma semejante a los medicamentos que se recetan para esta enfermedad” (Sanz et al, 2011, p. 17).

El ejercicio beneficia la producción de endorfinas, es un relajante para los músculos y contribuye a la aceptación corporal. En los individuos que sufren depresión, el desarrollo de la actividad física que sea placentera ayuda a mejorar la condición. También, actúa de forma beneficiosa para la autoestima, la relajación y la capacidad de manejar situaciones relacionadas con el estrés.

2.9 ESTADO NUTRICIONAL

Para Cabezas (2010):

El estado nutricional es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes, los cuales se reflejan en las medidas antropométricas y en exámenes complementarios para este estudio, se toma como estado nutricional adecuado cuando estos parámetros se encuentran dentro de lo normal y estado nutricional inadecuado cuando al menos uno de estos parámetros se encuentra fuera de lo establecido por el ministerio de la salud (p. 83)

La buena nutrición empieza desde la etapa fetal, el desarrollo en el útero, y se extiende particularmente desde la niñez hasta la adolescencia, terminando en la etapa adulta. Se estima que el número de niños menores de cinco años que muere cada año en América Latina, es de un millón. Muchas de estas muertes podrían evitarse si ellos tuvieran un estado nutricional adecuado. Para mantener un estado nutricional dentro de los parámetros normales

es necesario ingerir los nutrientes en cantidades recomendadas de acuerdo con la edad, y satisfacer las necesidades: biológicas, psicológicas y sociales (OMS, 2014).

La ingesta recomendada de nutrientes depende de muchos factores, pero a medida general, los requerimientos básicos que una persona necesita para mantener un equilibrio saludable en el organismo, lo constituyen los micronutrientes, macronutrientes y las energías. “Los micronutrientes son aquellos nutrimentos que se requieren en cantidades muy limitadas, pero que son absolutamente necesarios”. (Cabezas, 2010, p. 74).

La deficiencia de hierro es la causa principal de anemia nutricional, también se asocia a alteraciones del sistema inmunológico, apatía, cansancio, debilidad, dolor de cabeza, palidez; además ocasiona que no llegue suficiente oxígeno a los tejidos del cuerpo. Los macronutrientes son aquellos nutrimentos que se requieren en grandes cantidades para el buen funcionamiento del organismo y son: carbohidratos, lípidos y proteínas. Las proteínas son los nutrientes que desempeñan un mayor número de funciones en las células de todos los seres vivos, así como la división celular, lo cual es necesario para crecer adecuadamente (Cabezas. 2010)

Parafraseando a Reilly (2013) las proteínas cumplen la función plástica de conformar los tejidos del organismo, incluido el sistema nervioso y el cerebro, un deficiente consumo puede afectar su desarrollo. La glucosa es el principal combustible del cerebro, ya que este consume las 2/3 partes de glucosa contenida en sangre. Las grasas o lípidos: son una fuente concentrada de energía alimentaria; además, facilitan la absorción de las vitaminas A, D y E. Los glúcidos y los lípidos cumplen la función energética, su déficit ocasiona falta de energía para el rendimiento físico y mental; ya que el consumo de energía (en forma de oxígeno y glucosa) del cerebro con relación al resto del cuerpo es aproximadamente del 20%, manteniéndose muy estable en torno a ese valor independientemente de la actividad corporal

2.9.1 Alteraciones del Estado nutricional

Para Alonso (2010) “Un estado nutricional adecuado está caracterizado por mantener las medidas antropométricas y nivel de hemoglobina dentro de los parámetros normales” (p. 26), y se ha denominado estado nutricional inadecuado cuando las medidas antropométricas y el nivel de hemoglobina están fuera de los parámetros normales.

La nutrición inadecuada, parafraseando a Alonso (2010) se puede manifestar de la siguiente manera:

- a. Desnutrición: Se manifiesta como retraso del crecimiento (talla baja para la edad) y peso inferior al normal (peso bajo para la edad), es a menudo un factor que contribuye a la aparición de las enfermedades comunes en la niñez y, como tal, se asocia con muchas causas de muerte de los niños menores de 5 años.
- b. La desnutrición crónica, medida según el retraso del crecimiento, es la forma más frecuente de desnutrición. Así mismo, la desnutrición en la etapa preescolar y escolar afecta la capacidad de atención y aprendizaje en los niños.

La desnutrición es una enfermedad clínica producida por un insuficiente aporte de proteínas y calorías, necesario para satisfacer las necesidades alimentarias del organismo. En su origen interfieren numerosos factores, tales como la pobreza, la escasez en la disponibilidad de alimentos, la privación económica, los hábitos dietéticos, la mala calidad del agua para beber, la selección inapropiada de alimentos y la asociación con infecciones parasitarias y /o bacterianas que contribuyen a la producción de un desequilibrio entre el ingreso de alimentos y la biodisponibilidad de nutrientes y energía.

2.10 Hábitos alimenticios

Para que la alimentación sea sana se debe consumir alimentos variados para que la persona pueda obtener de ellos los nutrientes que necesita el organismo para su buen funcionamiento. Estos nutrientes son las proteínas, los carbohidratos, las grasas, el agua, las vitaminas y los minerales.

La Alimentación permite tomar del medio ambiente, los alimentos de la dieta (de la boca para fuera) y La Nutrición es el conjunto de procesos que permiten que el organismo utilice los nutrientes que contienen los alimentos para realizar sus funciones (de la boca para adentro). Los alimentos son todos los productos naturales o industrializados que se consume para cubrir una necesidad fisiológica (hambre).

Los nutrientes son sustancias que están presentes en los alimentos y que el organismo requiere para poder desempeñar las tareas cotidianas y mantenerse saludable. Parafraseando a Hidalgo, (2012) algunas operaciones que permiten proporcionar una alimentación saludable son:

- a. Incorporar frutas y verduras en la alimentación todos los días, debe procurarse de consumir al menos cinco porciones. Estos alimentos deben estar frescos y consumir preferiblemente crudos.
- b. Procurar consumir refrigerios que contengan productos sanos, especialmente frutas y verduras, además se puede consumir yogurt, maní, nueces, otras semillas y galletas integrales.

- c. Con respecto a las carnes, al ser estas una fuente importante de proteína, deben estar presente en la dieta, el pescado, las carnes sin mucha grasa y los productos lácteos son fuentes de proteína.
- d. Para el consumo de fibra se recomienda el consumo de panes integrales y semillas como girasol, sésamo y ajonjolí.
- e. No consumir excesos de grasa, evitar hasta donde sea posible las frituras, para ello se puede cocinar a vapor, a la plancha o a la parrilla. Los derivados de la leche deben ser bajos en grasa.
- f. Disminuir el consumo de comida chatarra como hamburguesas, pollo frito, hog dog, dulces y chocolates. Estos pueden consumirse algunas veces, pero no deben ser parte de la dieta habitual de los jóvenes y niños.
- g. No consumir en exceso bebidas gaseosas, sodas o jugos de caja o lata. Si se debe consumir mucha agua y en cuanto a la leche esta preferiblemente descremada.

2.10.1 Factores que influyen en la alimentación y salud nutricional

Para Pedrón (2013) “Los hábitos, gustos y aversiones alimentarias se empiezan a formar desde el nacimiento y se desarrollan en la infancia” (p. 39). Según el autor, cada hábito y cada gusto que van desarrollando los niños conforme crecen ya vienen desde el nacimiento. Una vez adquiridos estos hábitos, persistirán a lo largo de la vida, siendo muy difíciles de modificar. Por ello, es de gran importancia que se apadrinen hábitos alimentarios

convenientes en la niñez, ya que facilitarán de enfermedades como obesidad, diabetes, anorexia nerviosa entre otras

Los hábitos implican cierto automatismo, acompañado de elementos conscientes; por lo tanto, un hábito se conserva por ser útil, cómodo y agradable, llegando a ser parte de la vida de un individuo, determinando en muchas ocasiones su modo de actuar, preferencias y elecciones (Borgues, 2015, p. 28).

Los hábitos de alimentación son la elección de los productos a consumir, su cantidad, calidad y la forma en que serán preparados dichos alimentos que come la persona, siempre tomando en cuenta, lo que le gusta, las costumbre y la gastronomía de la comunidad en que reside. Para Restrepo y Amaya (2015):

Los hábitos del consumo de alimentos están regulados por múltiples factores, uno de estos factores determinante son los padres y la educación que los mismos padres recibieron a nivel generacional. También influye la educación formal e informal, sin dejar de lado condicionantes como la disponibilidad de alimentos en la región, el nivel socioeconómico, las costumbres y las creencias. (p. 48).

La alimentación va ligada a la educación que tienen los padres es por esto por lo que así mismo van formando a sus hijos y llevan la vida que se les inculco anteriormente, por ello es importante que desde la familia se formen limitaciones para el consumo de alimentos no aptos para la salud, que infieren en el desarrollo de las funciones del organismo del ser humano. La alimentación es parte fundamental en la crianza de los niños para la formación de un organismo saludable, además el entorno donde se desarrolla el menor influye en su comportamiento y desenvolvimiento hacia los hábitos alimenticios

Parafraseando a Borgues (2015), los factores determinantes de los hábitos de consumo de alimentos, se le suma un factor actual, que es la información aportada por los medios de comunicación, que van formando la idea fija en la mente de quienes entran en contacto con ellos, de que el ser humano tiene y necesita un cuerpo perfecto que justamente es como los mismos medios de comunicación lo disponen.

Aunado a esto, los medios de comunicación masiva promocionan marcas comerciales poco saludables para los niños de una forma más vistosa y agradable a su vista en comparación con productos saludables, ya que los productos de alto valor nutricional, los orgánicos y los productos que en general benefician, son promovidos para los padres, quienes muchas veces les dan lo que les piden basados en la comunicación que recibieron, cayendo en una mala alimentación.

Para Muñoz (2015): “El desarrollo de las preferencias alimentarias se produce desde la infancia y va a determinar los hábitos alimentarios en la edad adulta” (p. 62). Según el autor Muñoz, el desarrollo de dichas preferencias juega un papel protagónico, la neofobia, es la aversión a probar alimentos nuevos. En este sentido, se ha visto que los niños que son más recurrentes a probar nuevos alimentos consumen menos frutas y verduras que los que aceptan mejor los alimentos nuevos.

La influencia del ámbito familiar en el desarrollo de la alimentación es decisiva ya que influye de manera directa en los hábitos alimentarios. Para Hidalgo (2012): “Los padres crean ambientes para los niños que pueden fomentar el desarrollo de comportamientos saludables o pueden promover el sobrepeso y desórdenes alimentarios” (p.83). Hidalgo expresa que por ejemplo, en el hogar se incita a la conducta activa o pasiva de los hijos o se monitorea como gasta la mesada que les dan los padres.

Los niños observan la manera de comer de los padres y hermanos, aprendiendo e imitando los comportamientos de estos, pues son su modelo por seguir. Las preferencias, creencias, actitudes y el consumo de los alimentos de los niños están relacionado con los que tienen sus padres y, principalmente, con los que tiene la madre, ya que esta suele pasar mucho más tiempo con el niño que el resto de los integrantes familiares y tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias a su hijo.

Indica Pedrón (2013) que: “Las tendencias en muchos países desarrollados indican que cada vez es menos frecuente comer en familia” (p. 47). Según menciona el autor Pedrón, esto es debido a problemas de horarios ya que, en muchas ocasiones, los padres trabajan fuera del hogar y se reduce el número de comidas realizadas en familia. Por otro lado, otros factores adquieren cada vez más influencia en la alimentación del niño, como la costumbre de comer frente a la televisión o el tiempo que se dedica (cada vez menos) a planificar y preparar las comidas familiares.

En general, las personas seleccionan aquellos alimentos que les son servidos con mayor frecuencia, que se encuentran disponibles en casa y que son de fácil acceso. Por ello, es importante ser responsables de qué tipo de alimentos tienen en el hogar.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo se encuadra dentro de un enfoque cuantitativo, Barrantes (2012) lo define como “aquel enfoque que busca llegar al conocimiento desde afuera, por medio de la medición, el cálculo y el razonamiento abstracto” (p. 68). La investigación se centrará en relacionar el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, con los hábitos alimentarios y el nivel socioeconómico, en hombres y mujeres mayores de 25 años, mediante una encuesta, en la zona de Siquirres, Limón, Costa Rica, 2021.

La metodología cuantitativa utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo, el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se clasifica como una investigación descriptiva, detalla de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés. Su objetivo es llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Hernández, Fernández y Baptista (2014) opinan sobre este tipo de investigación señalando que “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier fenómeno que se someta a análisis” (p. 80).

Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer

generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento, en el caso particular de esta investigación, permitirá establecer las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

A continuación, se presenta la descripción de la población, características de la muestra y la formula utilizada para sacar el total de esta.

3.3.1 Área de estudio

Siquirres se encuentra en la zona del Caribe y se considera el tercer cantón de la provincia de Limón Costa Rica. Siquirres se encuentra en tierras bajas, posee una extensión de 860,19 km² por lo que normalmente se encuentra en una temperatura de 29°C, su clima es tropical húmedo, además, comunica por carretera con Guápiles, Limón y el resto del país. Este cantón se destaca por actividades agrícola, principalmente la producción de banano y piña. El censo realizado en el 2011 en todo el cantón detalló que el nivel de alfabetización es de 96,5%, y además, determino a la población económicamente activa, clasificándolo en primario (44,8%), secundario (10,5%) y terciario (44,7%). (Municipalidad de Siquirres, 2019)

3.3.2 Fuentes de información

Se pueden definir fuentes de información a los diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento. Para Hernández et al (2014) “las fuentes de información son herramientas para el conocimiento, búsqueda y acceso a la información” (p. 23). Las fuentes de información son instrumentos para el

conocimiento, búsqueda y acceso a la información. Su utilidad viene determinada por su respuesta a la necesidad de información que requieren los investigadores.

Fuentes primarias

Al mencionar las fuentes primarias, para el desarrollo de cualquier trabajo de investigación, se debe tomar en cuenta quienes son las fuentes primordiales que ofrecerán la información precisa, para dar a conocer un fenómeno o problema, para lo cual Rojas (2008) señala que “las fuentes primarias están compuestas por sujetos o por las situaciones de donde emana la información que se recopilará de modo principal” (p. 49). En este caso las fuentes primarias son los hombres y mujeres mayores de 25 años del cantón de Siquirres.

Fuentes secundarias

Las fuentes secundarias según Rojas (2008) “son documentos que compilan y reseñan la información publicada de fuentes primarias” (p. 50). Es decir, reprocesan información de primera mano. Estas fuentes son artículos de internet, libros, entrevistas, y relacionados con el tema de investigación.

3.3.3 Población

Para Morán y Alvarado (2014) “se llama población a lo que comúnmente se conoce como universo. La población es el universo de individuos definidos en la investigación” (p. 46). Según los datos brindados por la Municipalidad de Siquirres, la población mayor a 25 años residente del distrito central de Siquirres es de 1250 personas.

3.3.4 Muestra

La muestra es una parte de la población en este caso en particular a los cuales se les aplicará los instrumentos de recolección de datos, se utiliza de forma proporcional de acuerdo con la cantidad de población.

La muestra con la que se trabaja se define mediante un muestreo probabilístico, se encuentra conformada por personas residentes del distrito de Siquirres, con un total de 89 personas mayores de 25 años.

n = muestra (subconjunto de N)

N: 1250

Z: Factor de confiabilidad. Es 1,96 cuando es un 95% de confianza

P = 0,5

Q= 1-P = 0,5

D= Margen de error permisible 0,1

Fórmula utilizada:

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

3.3.5 Criterios de inclusión y exclusión

Se han establecido unos criterios de inclusión y exclusión que deben de cumplir los informantes para poder participar y formar parte de esta investigación. Los criterios de inclusión y exclusión son condiciones específicas con las que debe o no contar un individuo para ser parte o no de la muestra seleccionada.

Tabla 1 Criterios de inclusión y exclusión de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, 2021.

Inclusión	Exclusión
- Mayores a 25 años de ambos sexos - Residentes de Siquirres centro - Que sepan leer y escribir - Cualquier etnia - Disposición de un teléfono celular, Tablet o computadora con internet	- Con enfermedades invalidantes

Fuente: Elaboración propia, 2021.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Existen diferentes tipos de instrumentos de medición, no obstante, se puede indicar que existe un procedimiento general, el cual, se puede adaptar, a cada uno de los tipos de instrumentos; el mismo consta de los siguientes requerimientos: se debe construir un instrumento, utilizando las técnicas apropiadas; se debe tomar en cuenta, la confiabilidad y validez del instrumento. El instrumento que se utiliza para este estudio es el cuestionario para los adultos del cantón de Siquirres.

Los cuestionarios constan de dos partes, una introducción de quien lo patrocina; (tabla de información general y otros datos necesarios). La segunda parte un marque con equis, donde se encuentra el cuerpo del cuestionario, el cual se presenta en forma de preguntas cerradas

con diferentes opciones de respuesta y de opción múltiple donde se puede marcar más de una opción.

La distribución temática de este cuestionario se desglosa de la siguiente forma:

- a. Datos sociodemográficos: En este apartado se toman en cuenta preguntas personales tales como edad, sexo, grado académico y estado civil. Ítems del 1 al 4
- b. Datos socioeconómicos: En este apartado se toman en cuenta preguntas tales como cantidad de personas que residen en el hogar, procedencia y cantidad de ingresos económicos, dedicación laboral actual, cantidad de personas que aportan económicamente, dinero destinado a la compra de alimentos, ítems del 5 al 11. Además, se aplica una encuesta ya formulada por el Instituto Nacional de Estadística y Censo de Ecuador para determinar el nivel económico de la muestra en estudio, mediante preguntas que toman en cuenta características de la vivienda, acceso tecnológico, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de académico y actividad económica en el hogar, clasificando los grupos en A(alto), B (medio alto), C+ (medio típico), C-(medio bajo), y D(bajo), mediante un puntaje para cada respuesta brindada en el formulario. Ítems 12 al 36
- c. Hábitos alimentarios: En esta sección se realiza una serie de preguntas, con el fin de conocer los hábitos alimentarios de la población en estudio, dichas preguntas toman en cuenta características como tiempos de comida, lugar donde realiza los tiempos de comida, persona que prepara los alimentos, consumo de azúcar o sustitutos, consumo de sal, consomé o sazónadores, consumo de salsas, consumo de líquidos al día, tipo de grasa utilizada para la cocción, tipo de preparación, frecuencia de consumo. Ítems del 37 al 47

- d. Hábitos de vida: Esta sección toma en cuenta aspectos como actividad física, visitas al nutricionista, consumo de tabaco, consumo y frecuencia de alcohol ítems del 48 al 56
- e. Clínica: Esta sección toma en cuenta aspectos como padecimientos patológicos personales y familiares. Ítems 57 al 58

3.4.1 Validez de un cuestionario

Tapia (2015) expresa que: “en la validez de una investigación se determina la revisión de la presentación del contenido, el contraste de los indicadores con los ítems (preguntas) que miden las variables pertinentes” (p. 57). Con base a lo anterior, la validez es un instrumento que permite obtener la legitimidad y calidad de la investigación, obtenida a través de los indicadores. Por lo que, se estima la validez como el hecho de que un cuestionario sea de tal manera elaborado, aplicado y que mida lo que se propone medir. La validez del cuestionario se establece a través de un Plan Piloto que se detalla en un apartado posterior.

3.4.2 Confiabilidad

La confiabilidad según Tapia (2015), “se refiere al grado de confianza o seguridad con el cual se pueden aceptar los resultados obtenidos por un investigador basado en los procedimientos utilizados para efectuar su estudio” (p. 59). La confiabilidad para Tapia corresponde que, es un instrumento que arroja resultados de una investigación obtenida en el proceso de estudio, analizadas tal cual se obtengan de la herramienta aplicada.

Según lo anterior, en la presente investigación, la confiabilidad de los datos arrojados por la herramienta utilizada, se valida por la revisión exhaustiva del cuestionario mediante dos profesores de tesis y los resultados del plan piloto.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es no experimental que es definida por Hernández et al (2014) como “en un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza” (p. 52). La investigación no experimental es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones. Este diseño de investigación se fundamenta básicamente en la observación de fenómenos desarrollados en su ambiente natural. En este tipo de estudio no hay manipulación de las circunstancias, ni condicionamientos a los cuales se sometan los sujetos de estudio.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables son unidades básicas de información que se estudia e interpreta en una investigación. “Los investigadores cuidadosamente analizan e interpretan los valores de cada variable para entender cómo se relacionan las cosas en un estudio descriptivo o lo que ha sucedido en un experimento” (Rodríguez, 2010, p. 49). Para efectos de esta investigación se utilizarán tres aspectos: definición conceptual, esta hace énfasis al concepto de cada variable; definición instrumental, esta enfatiza la herramienta usada para la recolección de datos; y la definición operacional sintetiza la interpretación final de cada variable.

Tabla 2 Operacionalización de las variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores
Identificar las características sociodemográficas en la población adulta, del cantón de Siquirres, mediante una encuesta	Características sociodemográficas	Son un conjunto de características sociales y demográficas, presentes en la población de estudio, que pueden ser medibles.	Mediante la aplicación de una encuesta se solicita información personas como: sexo, edad, estado civil y nivel académico	- Sexo - Edad - Estado civil Nivel académico	Mujer, hombre, prefiero no decirlo 25 – 35 años, 36- 46 años, 47- 57 años, 58 – 68 años, 69-79 años, 80- 90 años, más de 90 años Casado, viudo, divorciado, unión libre, soltero Primaria completa, primaria incompleta, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico, universidad completa, universidad incompleta.
Establecer el nivel socioeconómico de la muestra, mediante una encuesta que recolecte los datos socioeconómicos de los sujetos encuestados.	Nivel socioeconómico	Para Vera y Vera (2013) “Se entiende por nivel socioeconómico el conjunto de variables económicas, sociológicas, educativas y laborales por las que se califica a un individuo o un	Se consultarán aspectos generales y económicos a la población en el instrumento Se agruparán los niveles económicos en bajo, medio, medio alto y alto,	- Disponibilidad económica - Formación académica - Ingresos económicos mensuales	Becas, ayudas institucionales, trabajo, pensión Primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico, universidad -Menos de 100 mil colones, entre 101 mil y 250 mil colones, entre 251 mil y 500 mil colones, entre 501 y 750 mil, entre 751 y

Continúa...

Continuación						
Objetivo Especifico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión		Indicadores
		colectivo dentro de una jerarquía social” (p. 3)	en cuantos a los datos socioeconómicos obtenidos en el instrumento			1 millón de colones, entre 1001 000 millón y 1250 000 millón, entre 1251 000 millón y 1500 000 millón, entre 1501 000 millón y 1999 000 millón, más de 2 millones de colones.
				- Canasta Básica de alimentos		Menos de 50 mil colones, entre 50 mil y 100 mil, entre 101 mil, y 150 mil, entre 151 mil y 200 mil, entre 201 mil y 250 mil, más de 250 mil
				- Tipo de vivienda		Casa o Villa / Departamento en casa o edificio / Cuarto en casa de inquilinato / Rancho / Choza
				- Material de las paredes		Cemento / Ladrillo / Adobe o Tapia prefabricada / Madera / Otros
				- Material predominante del piso		Piso laminado o Piso flotante / Cerámica o Vinil / Cemento / Tabla sin tratar / Tierra

Continúa...

Continuación

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores
				- Cantidad de cuartos de baño con ducha	3 o más / 2 cuartos / 1 cuarto / No tiene
				- Tipo de servicio higiénico	Red pública de alcantarillado / Pozo séptico / Pozo ciego Con descarga directa al río, lago o quebrada / Letrina
				- Servicio de internet	Sí / No
				- Tiene computadora de escritorio	Sí / No
				- Tiene computadora portátil	Sí / No
				- Celulares activos	4 o más / 3 celulares / 2 celulares / 1 celular / No hay
				- Servicio telefónico convencional	Sí / No
				- Cocina con horno	Sí / No

Continúa...

Continuación

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores
				- Tiene refrigeradora	Sí / No
				- Tiene lavadora de ropa	Sí / No
				- Equipo de sonido	Sí / No
				- Cantidad de televisores a color	3 o más / 2 TV / 1 TV / No hay TV
				- Número de vehículos en uso exclusivo	3 o más / 2 vehículos / 1 vehículo / No hay
				- Compra de vestimenta en centros comerciales	Sí/No
				- Existencia de plan de internet post pago	Sí / No
				- Utiliza correo electrónico que no sea de trabajo	Sí / No
				- Registro de redes sociales	Sí / No

Continúa...

Continuación

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
				- Lectura de libros académicos en los últimos 3 meses	Sí / No
				- Nivel educativo del jefe de hogar	Post grado/Maestría / Licenciado / Bachiller universitario / Secundaria completa / incompleta Primaria completa / incompleta Sin estudios
				- Seguro de salud por la CCSS	Sí/No
				- Seguro de salud privado	Sí / No
				-Tipo de ocupación del jefe de hogar	Personal directivo / Profesional universitario / Técnico / Colaborador de oficina / Trabajador del área de servicios y comercio / Oficial de seguridad / Operario de instalaciones y máquinas / Desempleado / Inactivo

Continúa...

Continuación

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
Conocer las características de la población que los hace propensos a padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles	Características para padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles	Para Amigo (2013); Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. (p. 32)	Aplicación del cuestionario	- Tiempos de comida - Lugar donde realiza mayormente las comidas - Persona que prepara lo alimentos - Con qué endulza las bebidas - Cuánto de azúcar utiliza - Agrega sal, consomé sazonzador a la comida ya preparada - Utiliza salsas o aderezos en los siguientes alimentos	Siempre o casi siempre, a veces, nunca o casi nunca Casa, trabajo, soda, restaurantes de comida rápida Yo mismo, algún mimbro de la familia, alguien externo a la familia, otro Azúcar/tapa dulce/ miel, sustituto no calórico 1 cdta, 2cdtas, 3cdtas, más de 3 cdtas Sí/No Sí/No

Continúa...

Continuación

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
				- Consumo de líquido al día	1-2 vasos al día, 3- 4 vasos al día, 5- 6 vasos al día, 7-8 vasos al día, Más de 8 vasos al día
				- Tipo de grasa	Mantequilla, margarina, manteca vegetal, manteca de cerdo, aceite vegetal, aceite en spray, otro, no utilizo
				- Tipo de preparación	Hervido, a la plancha, frito, asado, ahumado, microondas, freidora de aire, crudo, no consumo
				- Frecuencia de consumo	Nunca o casi nunca, algunas veces al mes, algunas veces a la semana, siempre o casi siempre
				- Realiza actividad física	Sí/No
				- Tiempo de actividad física realizada a la semana	Menos de 150 minutos por semana, entre 150 y 300 minutos por semana, más de 300 minutos por semana
				- Tipo de ejercicio físico realizado	Pesas, funcionales, boxeo, cardio dance, bicicleta, correr, caminatas, otro, ninguno
				- Ha visitado algún nutricionista	Sí/No
				- Consumo de tabaco	Sí/No

Continúa...

Continuación

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
				- Numero de cigarros fumados al día	1-2 cigarros, 3-4 cigarros, 5-6 cigarros, 7-8 cigarros, más de 8 cigarros
				- consumo de bebidas alcohólicas	Sí/No
				- numero de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión	1-2 bebidas, 3-4 bebidas, 5-6 bebidas, 7-8 bebidas, más de 8 bebidas
				- Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas	Todos los días, 1-2 veces por semana, 3-4 veces por semana, 5-6 veces por semana, casi nunca, nunca
				- Antecedentes patológicos personales	Diabetes, presión alta, colesterol y triglicéridos altos, enfermedades del corazón, asma, sobrepeso, obesidad, cáncer
				Antecedentes patológicos familiares	Diabetes, presión alta, colesterol y triglicéridos altos, enfermedades del corazón, asma, sobrepeso, obesidad, cáncer

Continúa...

Continuación

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
Identificar los hábitos alimentarios, mediante una encuesta que determine la frecuencia de consumo de diversos alimentos, en personas mayores de 25 años de la zona de Siquirres, Limón, Costa Rica, en el año 2021	Hábitos alimenticios	Para Borgues (2015): Los hábitos alimentarios son la selección y elección de la cantidad, calidad y forma de preparación de los alimentos que consume un individuo, como respuesta de sus gustos, disponibilidad de alimentos, poder adquisitivo, tradiciones familiares y socioculturales. (p. 62)	Frecuencia de consumo	- Frecuencia con la que se consumen ciertos alimentos - Tiempos de comida - Lugar donde realiza mayormente los tiempos de comida - Persona que prepara los alimentos - Con qué endulza las bebidas - Cuánta azúcar utiliza - Consumo de sal, consomé, o sazónador	Nunca o casi nunca, algunas veces al mes, algunas veces a la semana, siempre o casi siempre Siempre o casi siempre, a veces, nunca o casi nunca Casa, trabajo, soda, restaurante e comida rápida Yo mismo, algún miembro de la familia, alguien externo a la familia Azúcar/ tapa dulce/ miel, sustituto no calórico 1 cdta, 2 cdts, 3 cdts, más de 3 cdts Sí/No

Continúa...

Continuación

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
				- Uso de salsas y aderezos - Consumo de líquido al día - Tipo de grasa - Tipo de cocción	Sí/No 1-2 vasos al día, 3- 4 vasos al día, 5- 6 vasos al día, 7-8 vasos al día, Más de 8 vasos al día Mantequilla, margarina, manteca vegetal, manteca de cerdo, aceite vegetal, aceite en spray, otro, no utilizo Hervido, a la plancha, frito, asado, ahumado, microondas, freidora de aire, crudo, no consumo
Relacionar el nivel socioeconómico de la muestra en estudio, con el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles.	Nivel socioeconómico	Para Vera y Vera (2013) “Se entiende por nivel socioeconómico el conjunto de variables económicas,sociológicas, educativas y laborales por las que se califica a un individuo o un colectivo dentro de una jerarquía social” (p. 3)	Mediante los resultados obtenidos en la encuesta se relacionarán las variables	-Ingreso mensual	-Menos de 100 mil colones, entre 101 mil y 250 mil colones, entre 251 mil y 500 mil colones, entre 501 y 750 mil, entre 751 y 1 millón de colones, entre 1001 000 millón y 1250 000 millón, entre 1251 000 millón y 1500 000 millón, entre 1501 000 millón y 1999 000 millón, más de 2 millones de colones.
Continúa...					

Continuación

**Objetivo
especifico**

Variable

**Definición
conceptual**

**Definición
operacional**

Dimensión

Indicador

- Disponibilidad económica -Becas, ayudas institucionales, trabajo, pensión
- Canasta Básica de alimentos Menos de 50 mil colones, entre 50 mil y 100 mil, entre 101 mil, y 150 mil, entre 151 mil y 200 mil, entre 201 mil y 250 mil, más de 250 mil
- Tipo de vivienda Casa o Villa / Departamento en casa o edificio / Cuarto en casa de inquilinato / Rancho / Choza
- Material de las paredes Cemento / Ladrillo / Adobe o Tapia prefabricada / Madera / Otros
- Material predominante del piso Piso laminado o Piso flotante / Cerámica o Vinil / Cemento / Tabla sin tratar / Tierra
- Cantidad de cuartos de baño con ducha 3 o más / 2 cuartos / 1 cuarto / No tiene

Continúa...

Continuación

Objetivo específico

Variable

**Definición
conceptual**

**Definición
operacional**

Dimensión

Indicador

- Tipo de servicio higiénico
- Servicio de internet
- Tiene computadora de escritorio
- Tiene computadora portátil
- Celulares activos
- Servicio telefónico convencional
- Cocina con horno
- Tiene refrigeradora
- Tiene lavadora de ropa

Red pública de alcantarillado / Pozo séptico / Pozo ciego Con descarga directa al río, lago o quebrada / Letrina

Sí / No

Sí / No

Sí / No

4 o más / 3 celulares / 2 celulares / 1 celular / No hay

Sí / No

Sí / No

Sí / No

Sí / No

Continúa...

Continuación

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
				- Equipo de sonido	Sí / No
				- Cantidad de televisores a color	3o más / 2 TV / 1 TV / No hay
				- Número de vehículos en uso exclusivo	3o más / 2 vehículos / 1 vehículo / No hay
				- Compra de vestimenta en centros comerciales	Sí / No
				- Existencia de plan de internet post pago	Sí / No
				- Utiliza correo electrónico que no sea de trabajo	Sí / No
				- Registro de redes sociales	Sí / No
				- Lectura de libros no académicos en	Sí / No

Continúa...

Continuación

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
				los últimos 3 meses	
			- Nivel educativo del jefe de hogar		Post grado/Maestría / Licenciado / Bachiller universitario / Secundaria completa / incompleta Primaria completa / incompleta Sin estudios
			- Seguro de salud por la CCSS		Sí / No
			- Seguro de salud privado		Sí / No
			Tipo de ocupación del jefe de hogar		Personal directivo / Profesional universitario / Técnico / Colaborador de oficina / Trabajador del área de servicios y comercio / Oficial de seguridad / Operario de instalaciones y máquinas / Desempleado / Inactivo

Continúa...

Continuación

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
Relacionar los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico con el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles en la muestra.	Hábitos de alimentación Nivel socioeconómico	Son patrones de consumo alimentario que se van aprendiendo a lo largo de la vida, dependiendo de los gustos y preferencias (Hidalgo, 2012). Para Vera y Vera (2013) “Se entiende por nivel socioeconómico el conjunto de variables económicas, sociológicas, educativas y laborales por las que se califica a un individuo o un colectivo dentro de una jerarquía social” (p. 3)	Mediante los resultados obtenidos en la encuesta se relacionarán las variables	- Frecuencia con la que se consumen ciertos alimentos - Tiempos de comida - Lugar donde realiza mayormente los tiempos de comida - Persona que prepara los alimentos - Con qué endulza las bebidas - Cuánta azúcar utiliza - Consumo de sal, consomé, o sazónador	Nunca o casi nunca, algunas veces al mes, algunas veces a la semana, siempre o casi siempre Siempre o casi siempre, a veces, nunca o casi nunca Casa, trabajo, soda, restaurante e comida rápida Yo mismo, algún miembro de la familia, alguien externo a la familia Azúcar/ tapa dulce/ miel, sustituto no calórico 1 cdta, 2 cdts, 3 cdts, más de 3 cdts Sí/No

Continúa...

Continuación

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
				- Uso de salsas y aderezos	Sí/No
				- Consumo de líquido al día	1-2 vasos al día, 3- 4 vasos al día, 5- 6 vasos al día, 7-8 vasos al día, Más de 8 vasos al día
				- Tipo de grasa	Mantequilla, margarina, manteca vegetal, manteca de cerdo, aceite vegetal, aceite en spray, otro, no utilizo
				- Tipo de cocción	Hervido, a la plancha, frito, asado, ahumado, microondas, freidora de aire, crudo, no consumo
				- Ingreso mensual	-Menos de 100 mil colones, entre 101 mil y 250 mil colones, entre 251 mil y 500 mil colones, entre 501 y 750 mil, entre 751 y 1 millón de colones, entre 1001 000 millón y 1250 000 millón, entre 1251 000 millón y 1500 000 millón, entre 1501 000 millón y 1999 000 millón, más de 2 millones de colones.

Continúa...

Continuación

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
				- Disponibilidad económica	Becas, ayudas institucionales, trabajo, pensión
				- Canasta Básica de alimentos	Menos de 50 mil colones, entre 50 mil y 100 mil, entre 101 mil, y 150 mil, entre 151 mil y 200 mil, entre 201 mil y 250 mil, más de 250 mil
				- Tipo de vivienda	Casa o Villa / Departamento en casa o edificio / Cuarto en casa de inquilinato / Rancho / Choza
				- Material de las paredes	Cemento / Ladrillo / Adobe o Tapia prefabricada / Madera / Otros
				- Material predominante del piso	Piso laminado o Piso flotante / Cerámica o Vinil / Cemento / Tabla sin tratar / Tierra
				- Cantidad de cuartos de baño con ducha	3 o más / 2 cuartos / 1 cuarto / No tiene

Continúa...

Continuación					
Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
				- Tipo de servicio higiénico	Red pública de alcantarillado / Pozo séptico / Pozo ciego Con descarga directa al río, lago o quebrada / Letrina
				- Servicio internet	Sí / No
				- Tiene computadora de escritorio	Sí / No
				- Tiene computadora portátil	Sí / No
				- Celulares activos	4o más / 3 celulares / 2 celulares / 1 celular / No hay
				- Servicio telefónico convencional	
				- Cocina con horno	Sí / No
				- Tiene refrigeradora	Sí / No
				- Tiene lavadora de ropa	Sí / No
Continúa...					Sí / No

Continuación

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
				- Equipo de sonido	Sí / No
				- Cantidad de televisores a color	3o más / 2 TV / 1 TV / No hay
				- Número de vehículos en uso exclusivo	3o más / 2 vehículos / 1 vehículo / No hay
				- Compra de vestimenta en centros comerciales	Sí / No
				- Existencia de plan de internet post pago	Sí / No
				- Utiliza correo electrónico que no sea de trabajo	Sí / No
				- Registro de redes sociales	Sí / No
				- Lectura de libros no académicos en	Sí / No

Continúa...

Continuación					
Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador
				los últimos 3 meses	
				- Nivel educativo del jefe de hogar	Post grado/Maestría / Licenciado / Bachiller universitario / Secundaria completa / incompleta Primaria completa / incompleta Sin estudios
				- Seguro de salud por la CCSS	Sí / No
				- Seguro de salud privado	Sí / No
				-Tipo de ocupación del jefe de hogar	Personal directivo / Profesional universitario / Técnico / Colaborador de oficina / Trabajador del área de servicios y comercio / Oficial de seguridad / Operario de instalaciones y máquinas / Desempleado / Inactivo

Fuente: Elaboración propia, 2021.

3.7 PLAN PILOTO

Morán y Alvarado (2014) definen la prueba piloto como la aplicación de un instrumento a una pequeña muestra de encuestados para identificar y eliminar los posibles problemas de la elaboración de este. Para esta investigación se realiza una prueba piloto a 10 hombres y mujeres mayores de 25 años del cantón de Siquirres, que no vivieran en el casco central de Siquirres, sino, que vivieran en pueblos aledaños, como por ejemplo Germania, Pacuarito, Monteverde, Río Hondo, Herediana y Florida.

Esta consistió en un cuestionario para determinar la precisión y claridad de las preguntas planteadas y determinar los ajustes que se requieren hacer, dicho cuestionario tiene un tiempo de resolución de 10 minutos.

La recolección de los datos se realiza de manera virtual, utilizando la plataforma de “Google forms”. El instrumento cuenta con un encabezado donde se explica al participante la finalidad de las encuestas, el consentimiento informado, así como las instrucciones generales.

La aplicación de las encuestas permite detectar ciertos puntos a mejorar los cuales se señalan a continuación:

- En la pregunta 9, la cual indaga sobre los ingresos monetarios mensuales al hogar se hace necesario especificar que se refiere a los netos, puesto que consultaron algunos participantes que si eran los netos o los devengados.
- En la pregunta 15, la cual hace referencia a cuántos cuartos de baño y ducha de uso exclusivo se tienen en el hogar se hace necesario especificar que la palabra “ducha” hace referencia a ducha de agua fría o caliente en el lugar donde se bañan, ya que varios sujetos preguntaron si la pregunta se refería a si tenían baño y servicio o si se refería a ducha de agua caliente.
- En la pregunta 16, la cual hace referencia al tipo de servicio higiénico con el que cuenta la vivienda, es necesario cambiar la palabra “pozo” por “tanque”, o bien

añadirla al lado de la palabra, ya que algunas personas no comprenden bien a qué se refiere con “pozo”.

3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con el objetivo de lograr una mejor recopilación de datos relacionados al problema planteado, se utilizó en el presente estudio un cuestionario aplicado a mujeres y hombres mayores de 25 años para la facilitación de dicha labor.

Los cuestionarios componen una forma específica de la técnica de investigación, por tanto, es de gran utilidad en la investigación científica, pues logra que el investigador fije su atención en ciertos aspectos que se sujetan a determinadas condiciones, reduce la realidad a cierto número de datos esenciales y precisa el objeto de estudio. Para Hernández (2016):

Los cuestionarios consisten en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables. Asimismo, se puede indicar, que son los instrumentos de recolección de datos más utilizados. Es de hacer notar, que el contenido de las preguntas que constituyen un cuestionario puede ser variado. Igualmente, es posible acotar, que existen básicamente dos tipos de preguntas: las cerradas (cerradas dicotómicas y cerradas con varias alternativas) y las abiertas. (p. 79)

El cuestionario se aplica mediante la plataforma de “*Google forms*”, de manera virtual, sin embargo, el investigador mantiene contacto directo con las personas encuestadas, con el fin de solucionar cualquier duda o consulta que los participantes tengan antes, durante o después de la resolución del cuestionario. Algunas ventajas del cuestionario son: bajo costo, capacidad de proporcionar información sobre un mayor número de personas en un periodo

breve y con mayor facilidad de obtención de datos, cuantificar, analizar e interpretar los datos. El cuestionario consta de 39 preguntas cerradas.

3.9 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Los datos recolectados mediante la aplicación de los instrumentos son codificados y accesados en la base de datos, Excel 2019, para su análisis y respectiva interpretación con base en las frecuencias absolutas y relativas, para posteriormente utilizar esta información para desarrollar las conclusiones y recomendaciones apropiadas a la investigación. Las frecuencias absolutas corresponden a la cantidad de respuestas de una pregunta según los sujetos, y las frecuencias relativas corresponden al porcentaje obtenido en una pregunta de acuerdo con la cantidad de sujetos que responde.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 GENERALIDADES

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos por medio del instrumento de recolección de datos creado a través de figuras y tablas, en orden según las variables, comenzando por la parte sociodemográfica, seguido por nivel socioeconómico, hábitos alimentarios y enfermedades crónicas no transmisibles

4.1.1 Datos sociodemográficos

Tabla 3 Género y edad de los participantes del cantón de Siquirres en el año 2021

Sexo y rango de edad	n	Porcentaje		n	Porcentaje
Mujer			Hombre		
25 – 35 años	21	34	25 – 35 años	17	65
36 – 46 años	19	30	36 – 46 años	3	12
47 - 57 años	14	22	47 - 57 años	5	19
58 - 68 años	7	11	58 - 68 años	1	4
69 - 79 años	0	0	69 - 79 años	0	0
80 - 90 años	2	3	80 - 90 años	0	0
Totales	63	100		26	100

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

La tabla anterior muestra la cantidad de mujeres y hombres que participaron, así como los rangos de edad. Siendo el género que más predominó las mujeres con un total de 63 encuestadas y el rango de edad predominante el de 25 a 35 años con un 34%, seguido de un 30% en el rango de 36 a 46 años, 22% en el rango de 47 a 57 años, 11% en el rango de 58 a 68 años, siendo los menores porcentajes un 3% en el rango de 80 a 90 años y un 0% de participantes en el rango de 69 a 79 años. Los hombres en total son 26 participantes, el rango de edad predominante es de 25 a 35 años para un 65%, seguido de un 10% en el rango de 47 a 57 años, seguido de un 12% en el rango de 36 a 46 años, siendo el rango minoritario un 4% en el rango de 58 a 68 años.

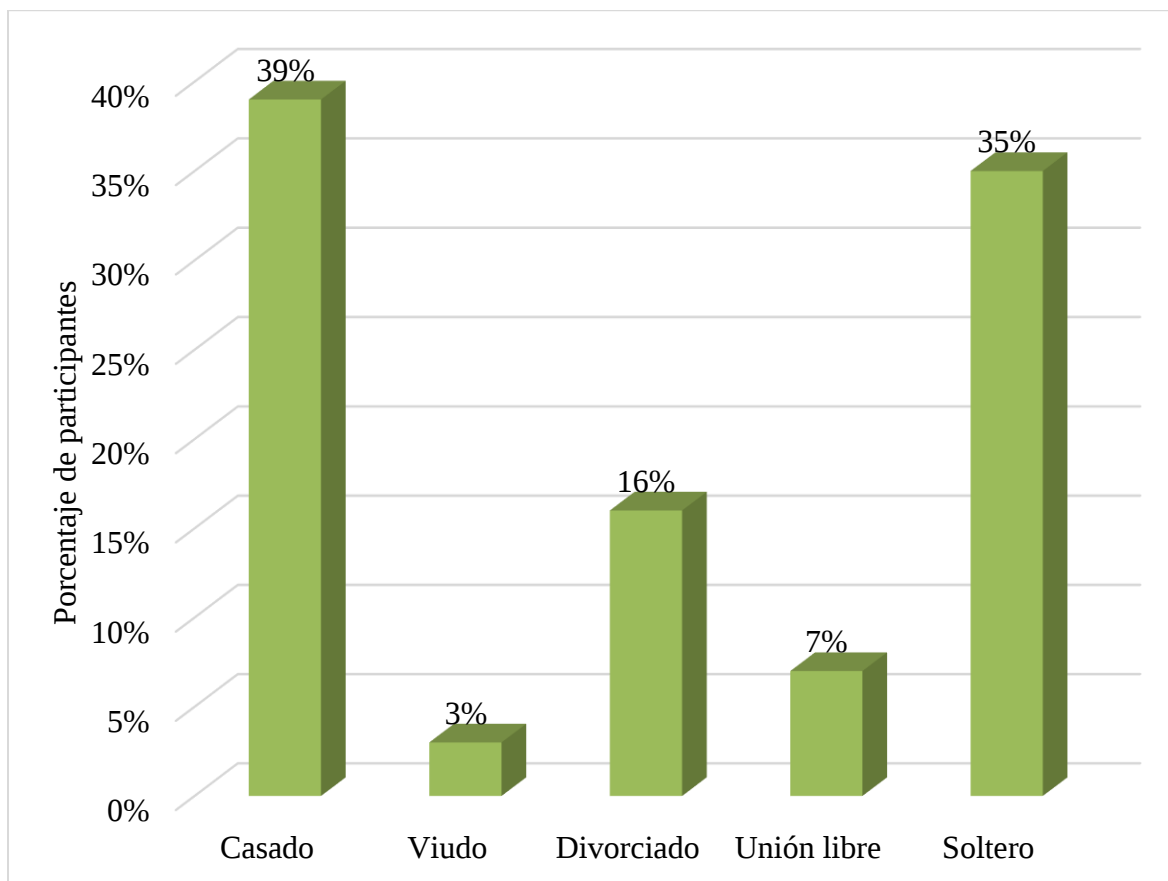


Ilustración 1 Participantes según estado civil, en el cantón de Siquirres, durante el 2021.

La figura muestra que la mayor parte de los participantes son casados con un 39%, seguidos de un 35% que son solteros, 16% divorciados, 7% en unión libre y 3% viudos.

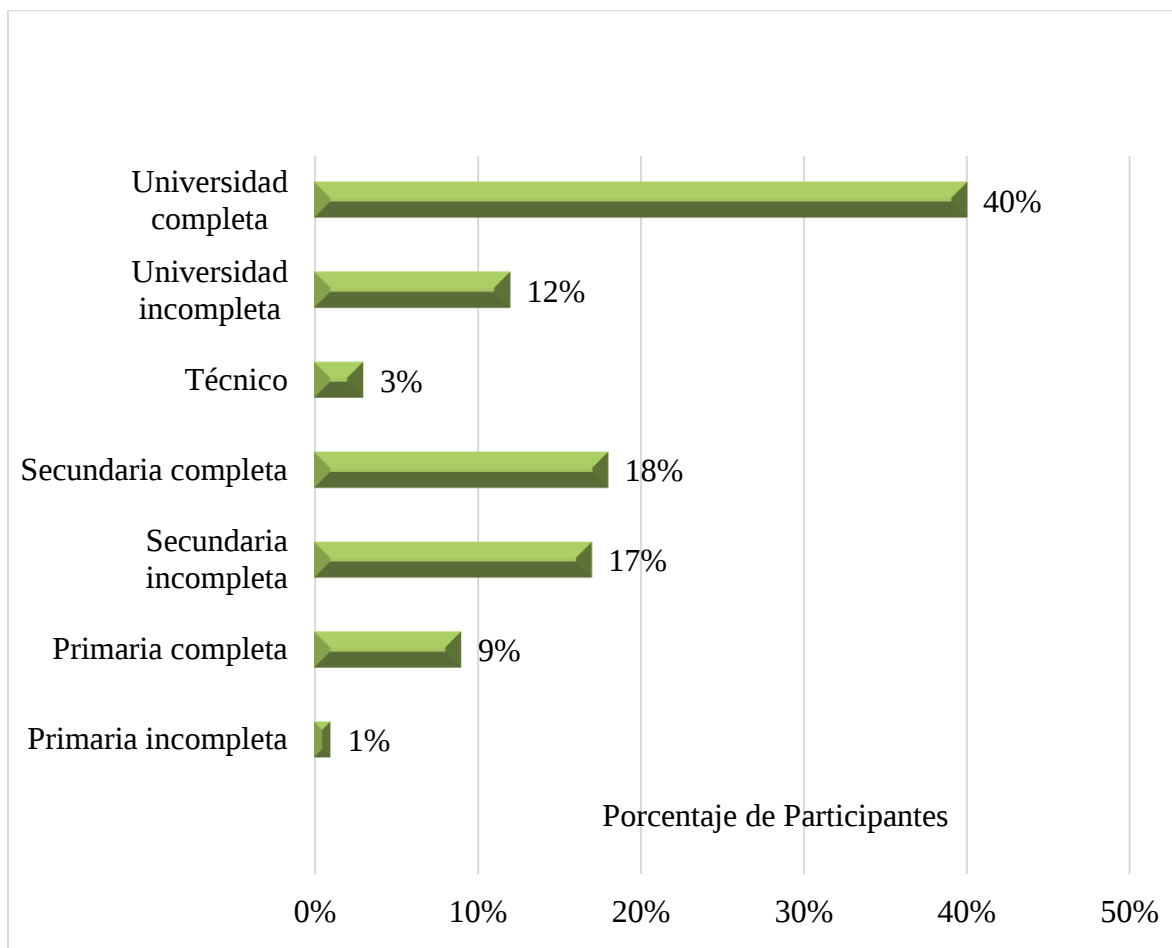


Ilustración 2 Grado de escolaridad de los participantes, cantón de Siquirres, durante el año 2021.

De la figura se observa, que la mayor parte de los encuestados, un 40%, han concluido una carrera universitaria, seguidos por los que tienen secundaria completa con un 18% y la secundaria incompleta con un 17%, y en menores porcentajes se encuentra un 12% universidad incompleta, 9% primaria completa, 3% técnico y 1% primaria incompleta.

4.1.2 Datos socioeconómicos

Con respecto a las preguntas relacionadas con los datos socioeconómicos se obtienen los siguientes resultados

Tabla 4 Cantidad de personas que viven en el hogar según la edad.

Categoría de edad	Cantidad de personas											
	Ninguno		1		2		3		4		Más de 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menor a 18 años	22	25	41	46	21	24	3	3	2	2	0	0
Entre 18 y 64 años	4	4	22	25	28	31	20	22	10	11	5	6
Mayor a 64 años	77	87	10	11	2	2	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

De acuerdo con la tabla anterior, se observa que en el rango de edad de personas menores a 18 años que residen por hogar el mayor porcentaje es de 46% de encuestados que indicaron vivir solo con 1 persona dentro de este rango etario, seguido de un 25% que indicó no vivir con ninguna persona dentro de este rango, un 24% indicó vivir con al menos 2 personas menores de 18 años, un 3% indicó vivir con al menos 3 personas menores de 18 años, y un 2% indicó vivir con 4 personas dentro de este rango etario. En el siguiente rango de edad de entre 18 a 64 años se observa que el 31% de los encuestados indicó vivir con al menos 2 personas dentro de este rango, un 25% indicó vivir con 1 persona dentro de este rango, un 22% indicó vivir con al menos 3 personas dentro de este rango, un 11% indicó vivir con al menos 4 personas dentro de este rango, un 6% indicó vivir con más de 4 personas dentro de este rango, y un 4% indicó no vivir con ninguna persona dentro de este rango etario. En el último rango etario se observa a las personas mayores de 64 años que residen en el hogar y se observa que un 11% indicó vivir con al menos 1 persona dentro de este rango, un 2%

indicó vivir con al menos 2 personas dentro de esta edad, y un 87% de la población indicó no vivir con ninguna persona dentro de este rango etario.

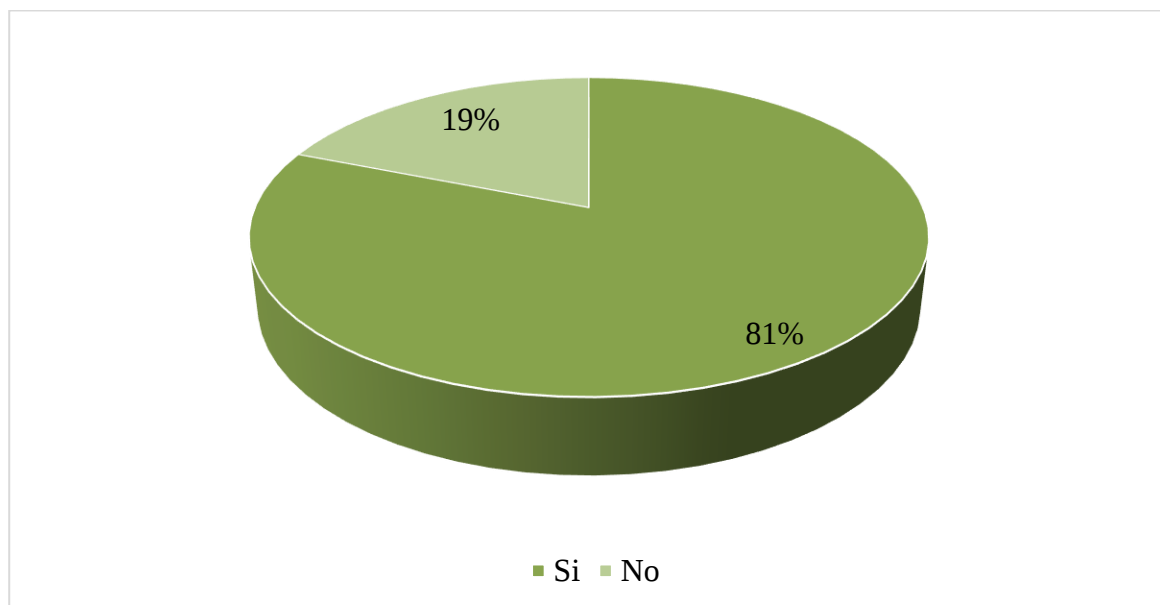


Ilustración 3 Recepción de ingresos económicos de los participantes, cantón de Siquirres 2021.

De la figura se observa que el 81% de los participantes reciben ingresos económicos, el 19% restante no perciben ingresos económicos propios, sino, dinero que reciben de los padres o familiares, ya que algunos de ellos aún viven con los padres por diversos motivos.

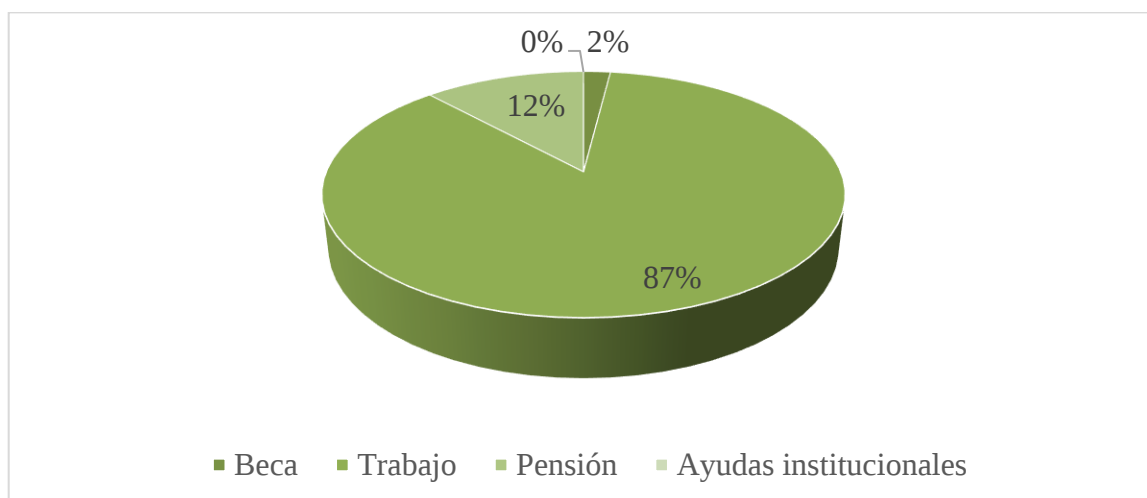


Ilustración 4 Proveniencia del ingreso económico de los participantes, cantón de Siquirres, 2021.

De la información recopilada se observa, que el 87% de los ingresos de los participantes proviene de su trabajo, 12% de pensión y 2% de becas.

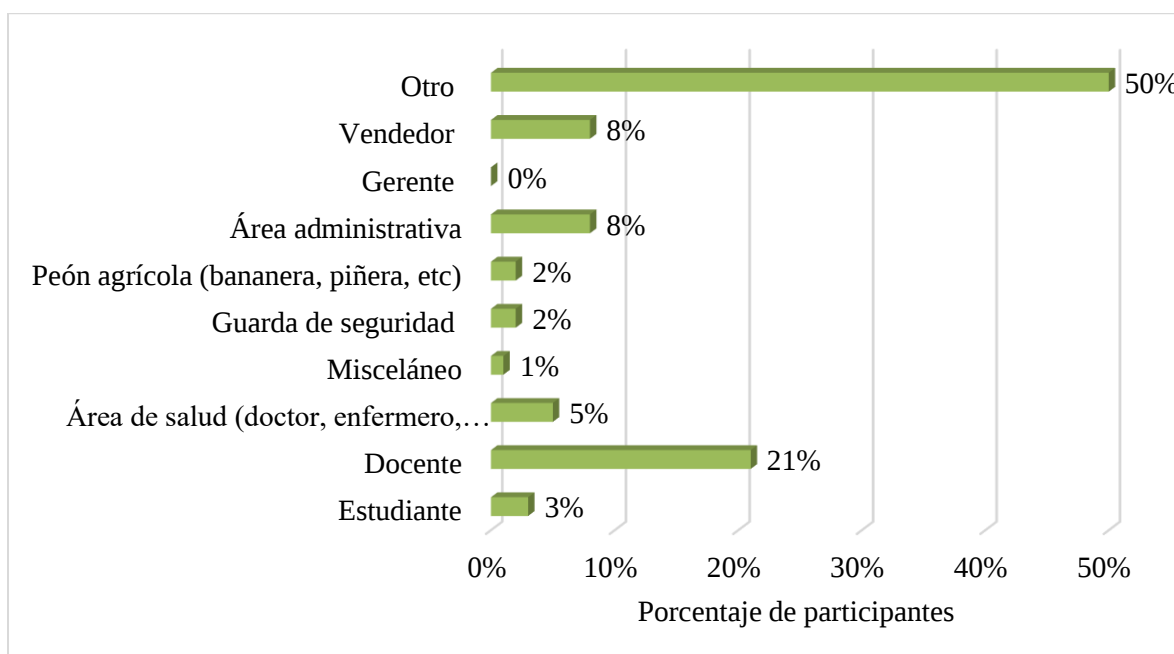


Ilustración 5 Actividades laborales de los participantes, cantón de Siquirres, durante el 2021.

En la figura anterior se observa que el 21% de los participantes trabajan como docentes, un 8% trabajan como vendedores y en el área administrativa también se observa un 8% de la población, seguido de un 5% que trabajan en el área de salud, un 3% son estudiantes, un 2% trabajan como peones agrícolas y otro 2% como guardas de seguridad, en menor porcentaje se encuentra misceláneo con un 1%, finalmente se observa la mitad de la población con un 50% que se dedica a otras cosas, siendo este el mayor porcentaje.

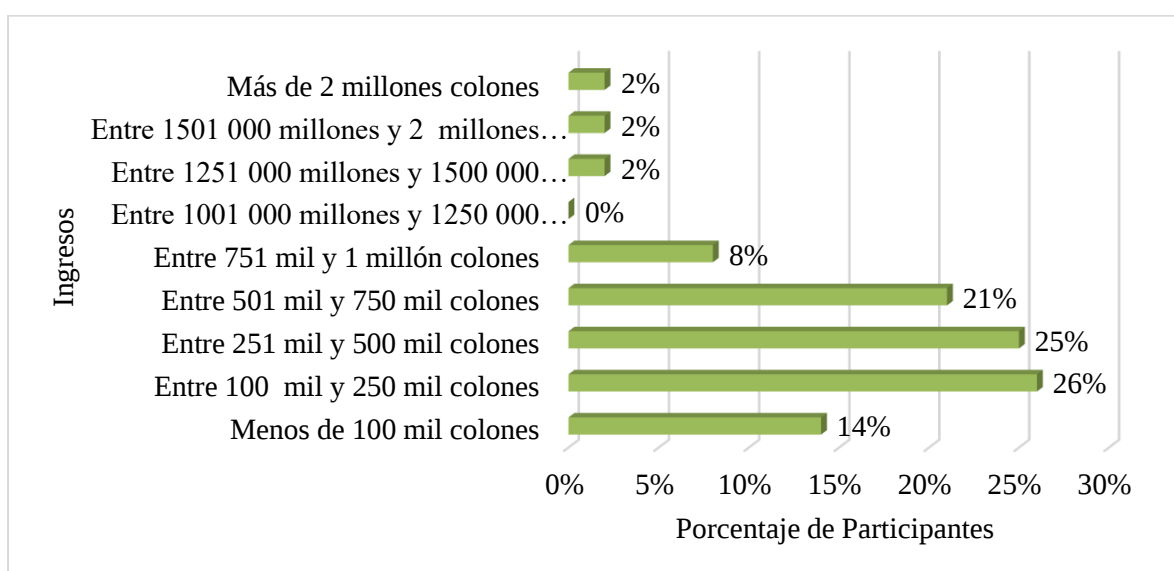


Ilustración 6 Ingreso económico neto de los hogares de los participantes, cantón de Siquirres, durante el 2021.

De la figura anterior se observa que un 26% de la población encuestada obtiene un ingreso económico de 100 mil colones a 250 mil colones en el hogar, un 25% obtiene entre 251 mil y 500 mil colones, un 21% obtiene entre 501 mil y 750 mil colones, el 14% obtiene menos de 100 mil colones, y se observan tres rangos con un 2% cada uno de los cuales son entre 1 251 000 colones y 1 500 000 colones, 1 501 000 y 2 millones de colones, más de 2 millones de colones respectivamente

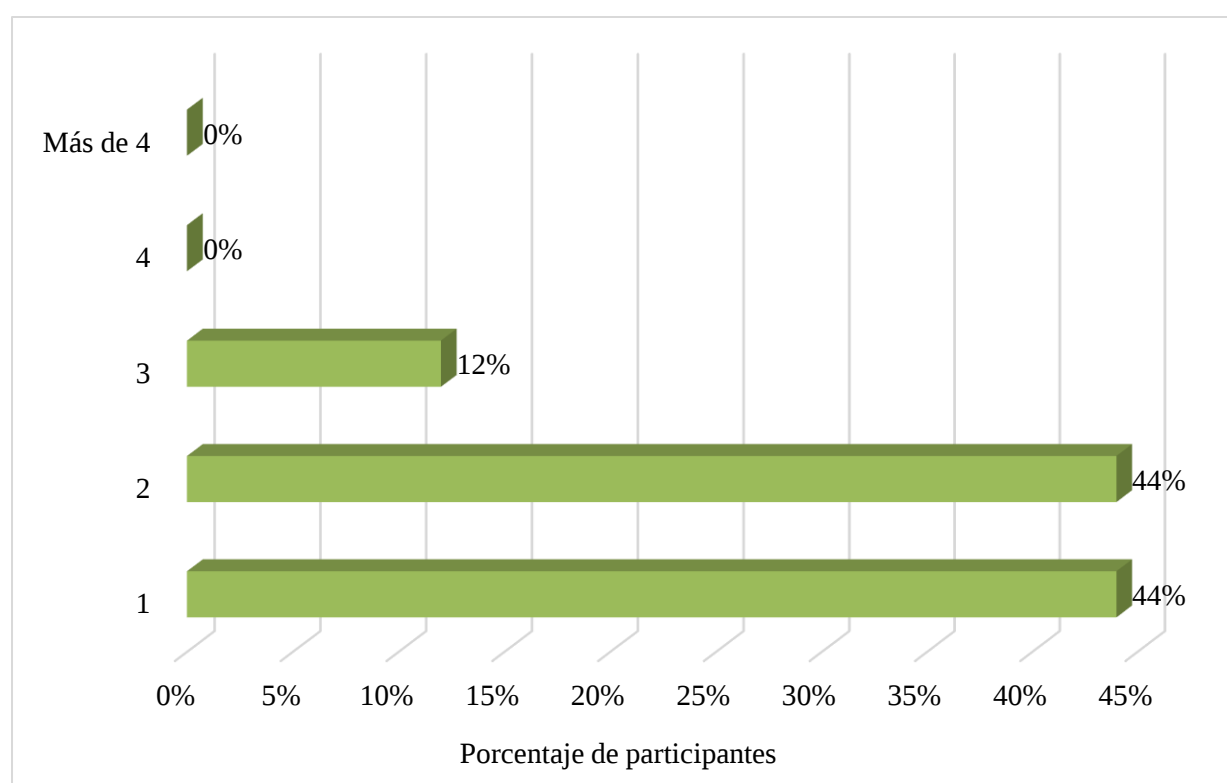


Ilustración 7 Número de personas que aportan económicamente en el hogar de los participantes, cantón de Siquirres, durante el 2021.

En la figura anterior, se observa que en el 44% de los hogares únicamente 1 persona aporta económicamente, en otro 44% de los hogares aportan 2 personas económicamente, y finalmente en un 12% de los hogares 3 personas aportan económicamente.

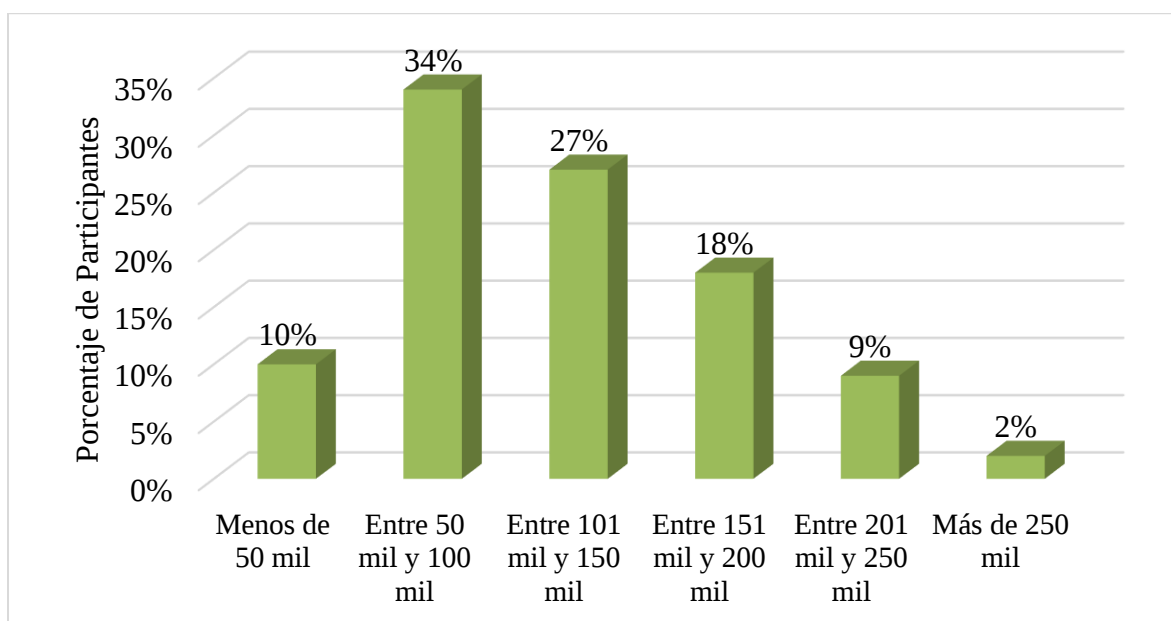


Ilustración 8 Suma de dinero destinado a la compra mensual de alimentos en el hogar.

De la figura anterior se observa que el dinero que se destina a la compra de los alimentos en los hogares de los participantes mayoritariamente es de entre 50 mil a 100 mil colones mensuales con un 34%, seguido de un 27% que destinan entre 101 mil y 150 mil colones. El 18% indica que destinan entre 151 mil y 200 mil colones, un 10% invierte menos de 50 mil en alimentos, un 9% entre 201 mil y 250 mil colones, y por último un 2% invierte más de 250 mil colones en alimentos. Según la Canasta Básica Alimentaria el costo por persona es de 41, 479 mil colones en la zona rural, por lo que la inversión mensual de 50 a 100 mil colones en alimentos para una familia de más de 2 personas no basta con las necesidades básicas alimentarias para todos.

Tabla 5 Clasificación del nivel socioeconómico según encuesta del INEC de Ecuador

Nivel socioeconómico	n	%
Alto A	5	6
Medio Alto B	19	21
Medio Típico C ⁺	40	45
Medio Bajo C ⁻	25	28
Bajo D	0	0
TOTAL	89	100

Fuente: Elaboración propia, 2021. Clasificación por INEC de Ecuador. Simbología: n= número. % porcentaje

De la información recopilada se observa, el nivel socioeconómico predominante en la población encuestada fue el medio típico con un 45% respectivamente, seguido de un 28% que corresponde al nivel socioeconómico medio bajo, un 21% que corresponde al medio alto, y en menor porcentaje se encuentra el nivel socioeconómico alto con un 6% de la población, por lo que se observa que la población encuestada se encuentra mayoritariamente en niveles económicos medios.

Este dato se obtuvo por primera vez a través de la Encuesta de Estratificación Socioeconómica establecida por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) del Ecuador, dicha encuesta se obtuvo de la tesis *“Comparación de los hábitos alimentarios, las prácticas relacionadas con las compras de alimentos según el nivel socioeconómico en adultos de 40 a 60 años de la provincia de Heredia, en el 2020”*, donde se realizó una búsqueda de tesis que tuvieran como variante “nivel socioeconómico” en el repertorio institucional de la Universidad Hispanoamericana, y se utilizó la encuesta del INEC con algunas modificaciones a la encuesta original, por lo que se decidió utilizar la encuesta de la tesis, con diversas modificaciones de algunas sinónimos, ya que para los participantes hombres y mujeres siquirreños se les dificultó la comprensión de algunas palabras.

4.1.3 Hábitos alimenticios

En cuanto a las preguntas relacionadas con los hábitos alimentarios se obtienen los siguientes resultados

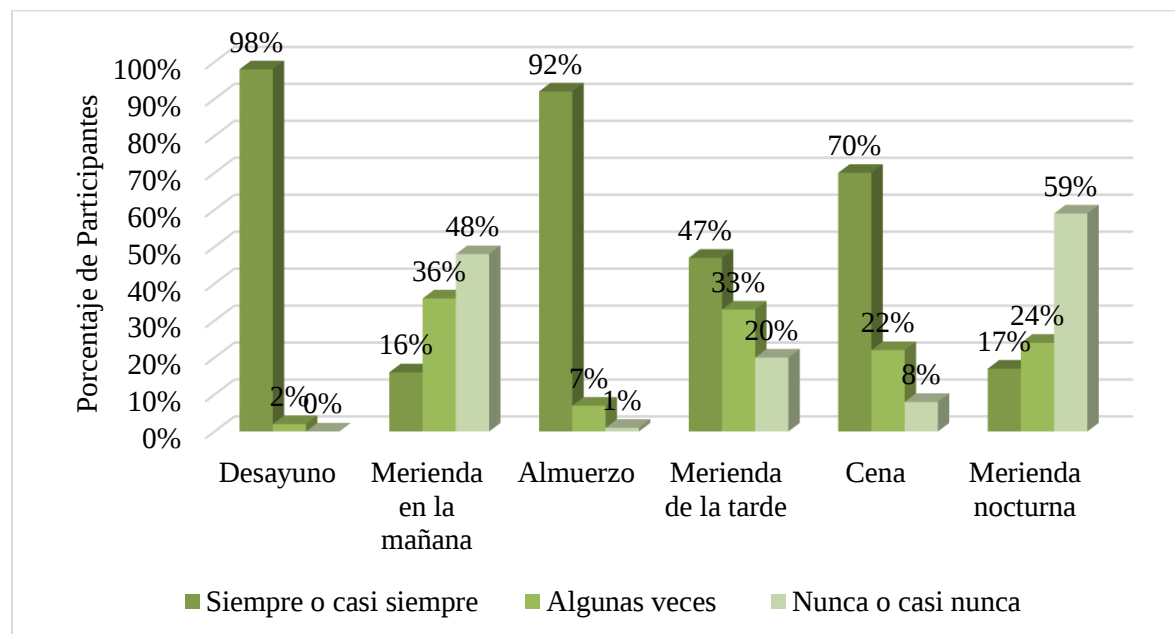


Ilustración 9 Tiempos de comida que realizan los participantes con mayor frecuencia. Cantón de Siquirres durante el 2021

En la figura anterior se observa que el tiempo de comida más realizado por los encuestados es el desayuno con un 98% que lo realiza siempre o casi siempre, seguido del almuerzo con un 92% que lo realiza siempre o casi siempre, un 70% el cual realiza la cena siempre o casi siempre y un 47% en la merienda de la tarde que lo realiza siempre o casi siempre, siendo estos los tiempos de comida que realizan con mayor frecuencia, además, se observa un 59% de la población que no realiza la merienda nocturna nunca o casi nunca, un 48% que no realiza la merienda en la mañana nunca o casi nunca, siendo estos los tiempos de comida que realizan con menor frecuencia.

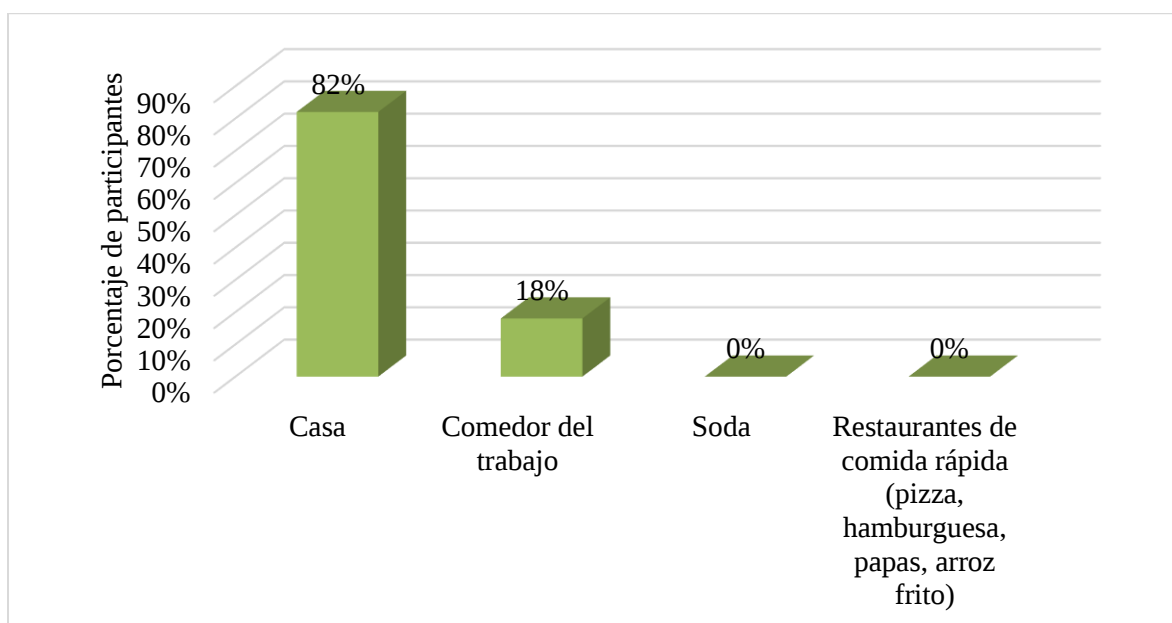


Ilustración 10 Espacio físico donde realizan el mayor tiempo de sus comidas los participantes, en el cantón de Siquirres durante el 2021.

De la información recopilada se desprende que el 82% de los encuestados realiza sus tiempos de comida en los hogares, el 18% restante lo hacen en el comedor de sus respectivos trabajos.

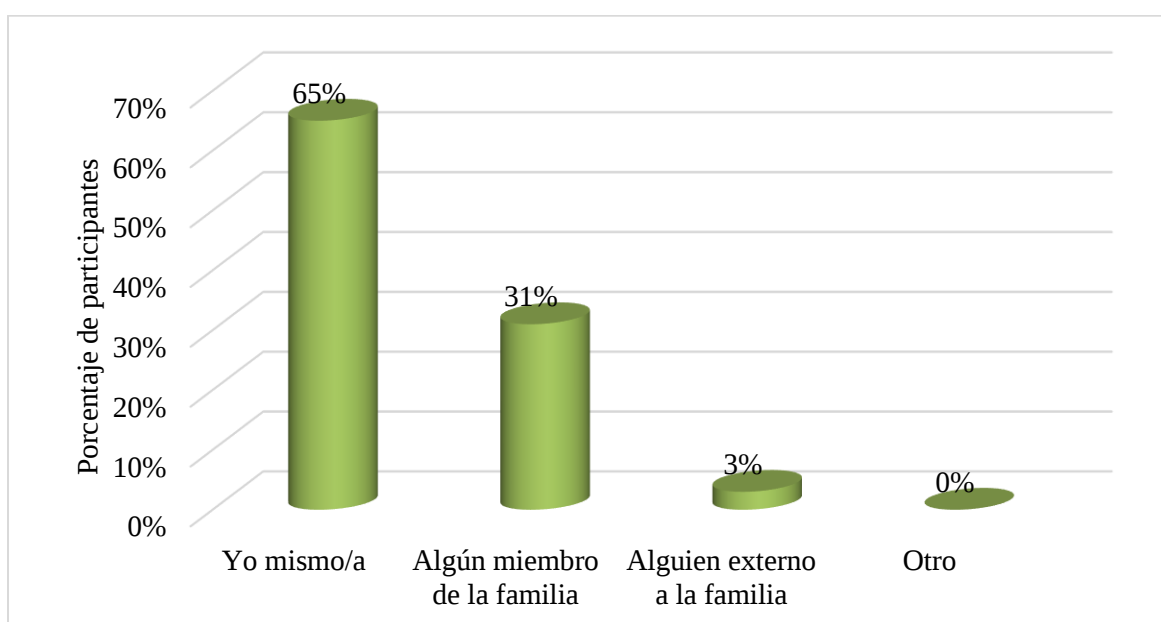


Ilustración 11 Personas que preparan los alimentos normalmente en el hogar de los, en el cantón de Siquirres en el 2021.

La figura anterior muestra que el 65% de los participantes preparan ellos mismos sus alimentos, el 31% restante indicó que lo hace otro miembro de la familia (pareja, hija) el 3% indicó que lo hace alguien externo a quien se le paga por la realización de ese servicio.

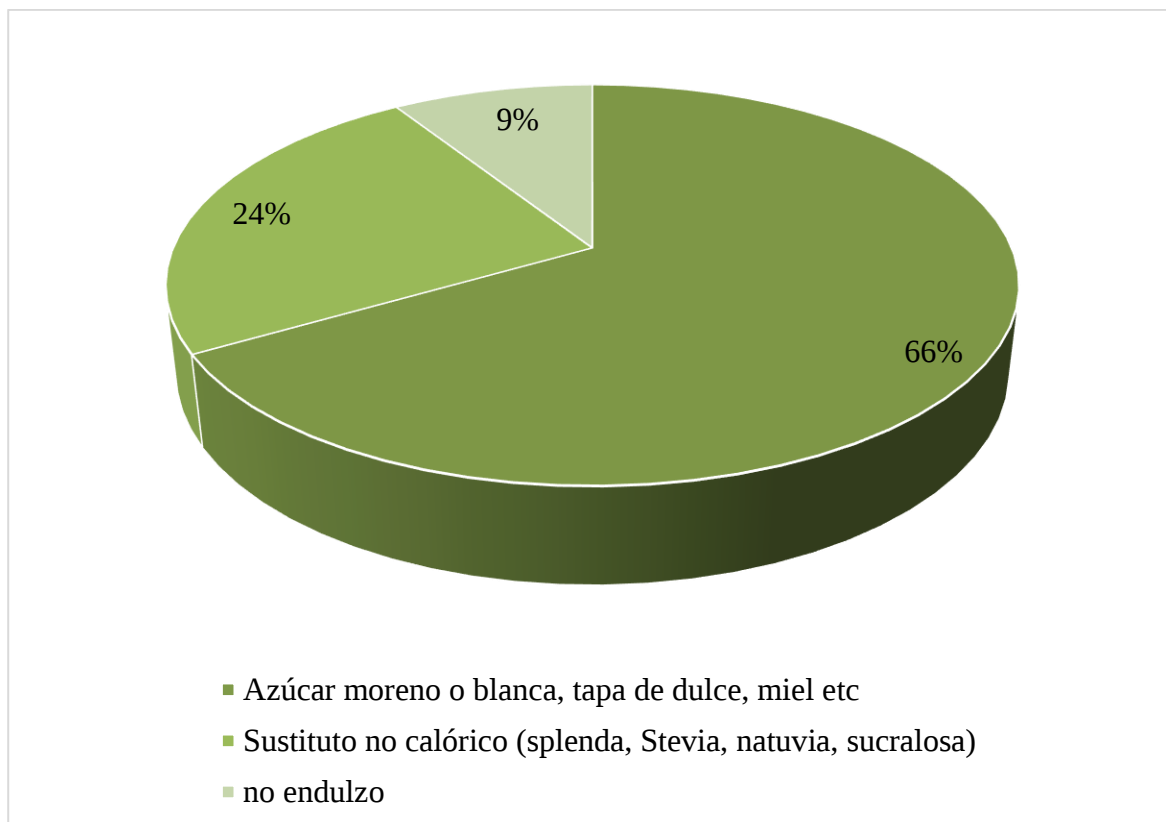


Ilustración 12 Ingrediente con que endulzan las bebidas los participantes, cantón de Siquirres durante el 2021.

En la figura anterior se observa que el 66% de los encuestados utiliza azúcar moreno o blanca, tapa de dulce o miel para endulzar sus bebidas. El 24% utiliza edulcorantes no calóricos, el 9% no endulza sus bebidas.

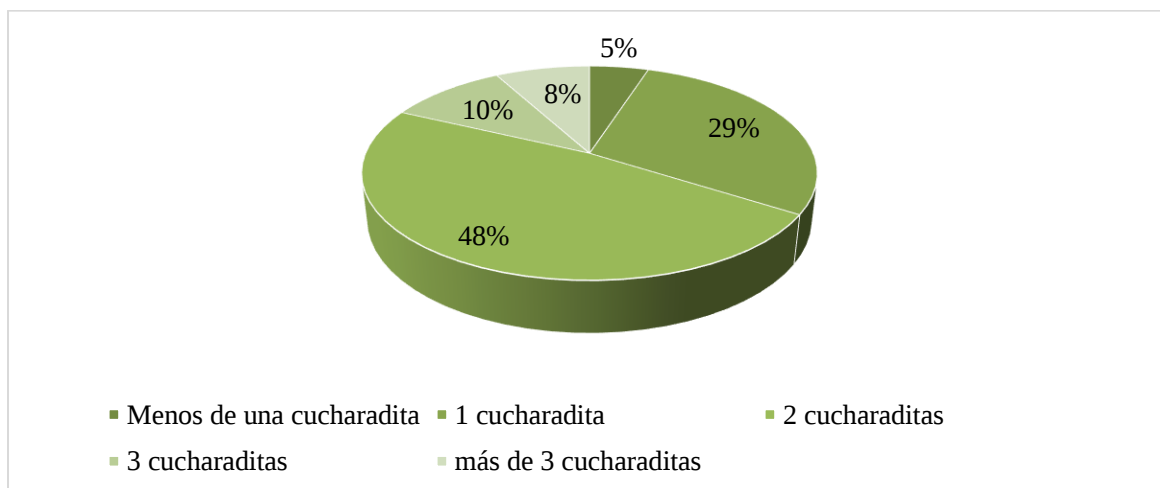


Ilustración 13 Cantidad de endulzante que utilizan en las bebidas los participantes, cantón de Siquirres durante el 2021.

El 48% de los participantes agrega dos cucharaditas de azúcar, tapa de dulce o miel a las comidas, el 29% adiciona una y el 10% agrega tres. El 8% adiciona más de tres cucharaditas y el 5% menos de una.

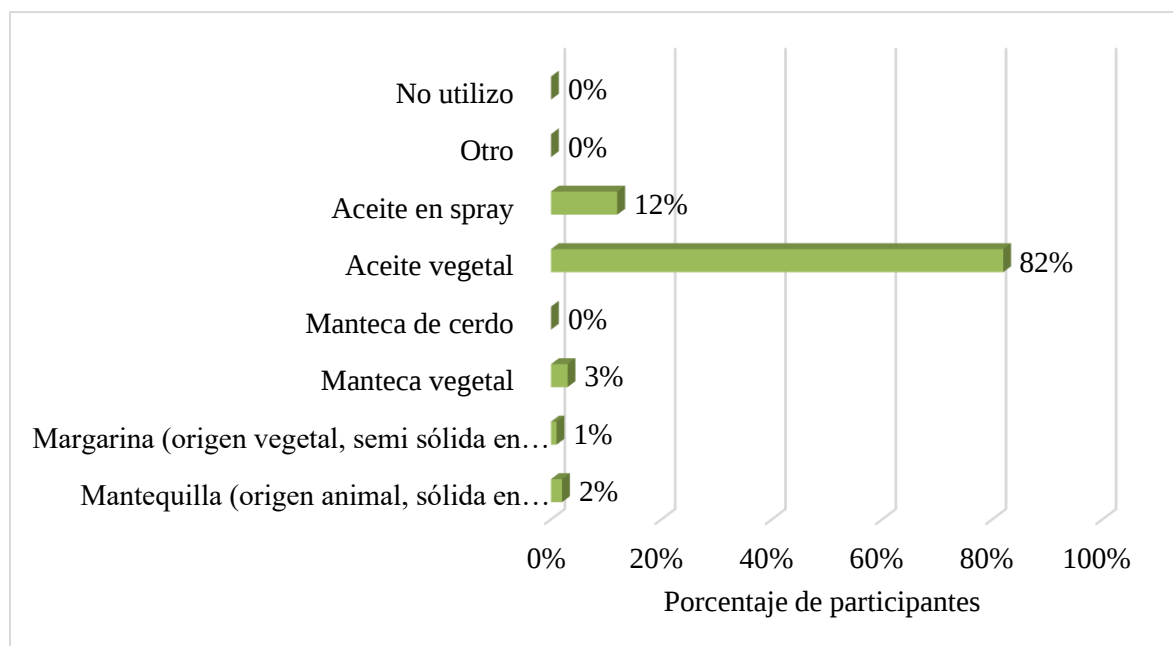


Ilustración 14 Tipo de grasa que utilizan con mayor frecuencia para la cocción de sus alimentos los participantes, cantón de Siquirres durante el 2021.

De la figura anterior se evidencia que el 82% de los participantes utiliza aceite vegetal para cocinar los alimentos, el 12% utiliza aceite en spray, el 3% usa manteca vegetal, 2% mantequillas y 1% margarina.

Tabla 6 Adición de sal, sazónador, consomé a la comida una vez servida de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

	Si		No	
	n	%	n	%
Agrega sal, consomé, sazónador a la comida una vez servida en el plato	85	96%	4	4%

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

La tabla muestra que el 96% de los participantes agregan a la comida servida, sal, consomé o sazónador.

Tabla 7 Uso de salsas a diversos alimentos de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

	Si		No	
	n	%	No	%
Ensaladas	50	56	39	44
Arroz	18	20	71	80
Gallo pinto	52	58	37	42
Pollo	65	73	24	27
Carne de res	58	65	31	35
Carne de cerdo	56	63	33	37
Vegetales (chayote, zanahoria)	41	46	48	54

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

La tabla anterior muestra que el 73% agrega alguna salsa al pollo, el 58% al gallo pinto, el 65% a la carne de res, el 56% a las ensaladas, el 63% a la carne de cerdo, el 46% a los vegetales y el 20% al arroz, ya sean salsa ranch o aderezos para ensaladas o vegetales, salsa inglesa, salsa rosada, salsa de tomate, mayonesa, entre otras.

Tabla 8 Diferentes tipos de líquidos o bebidas según número de vasos de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Bebida	No consume		1-2 vasos al día		3- 4 vasos al día		5- 6 vasos al día		7-8 vasos al día		Más de 8 vasos al día	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agua pura	0	0	14	16	17	19	28	31	8	9	22	25
Agua saborizada	59	66	30	34	5	6	4	4	1	1	0	0
Tés	39	44	46	52	2	2	1	1	1	1	0	0
Café	17	19	56	63	14	16	1	1	1	1	0	0
Jugos naturales	26	29	55	62	5	6	1	1	2	2	0	0
Jugos procesados (de caja)	58	65	25	28	3	3	0	0	2	2	1	1
Refrescos (tropical, etc)	54	61	27	30	4	4	1	1	2	2	1	1
Gaseosas	42	47	35	39	7	8	2	2	3	3	0	0

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

En cuanto a la tabla anterior, se observa que el 31% corresponde al consumo de agua pura de 5 a 6 vasos al día, seguido de un 25% que consume más de 8 vasos al día, un 19% consume 3 a 4 vasos de agua al día, un 16% consume de 1 a 2 vasos de agua al día y un 9% consume entre 7 y 8 vasos de agua al día respectivamente. En cuanto a las otras bebidas, se observa que el 63% de los encuestados consume café de 1 a 2 veces al día, un 62% consume jugos naturales de 1 a 2 veces al día, un 52% consume té de 1 a 2 veces al día, 39% consume gaseosas 1 a 2 veces al día, 34% consume agua saborizada 1 o 2 veces al día, y un 30% consume refrescos 1 a 2 veces al día. La bebida consumida con mayor frecuencia (más de 8 vasos al día) es el agua pura, seguida del consumo de café con 3 a 4 vasos.

Tabla 9 Tipo de preparación que utilizan los participantes con mayor frecuencia en distintos alimentos

	Hervido		A la plancha		Asado		Frito		Ahumado		Microondas		Freidora de aire		Crudo		No consumo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alimento																		
Pollo	44	49	10	11	5	6	22	25	0	0	0	0	7	8	0	0	1	0
Pescado	2	2	13	15	0	0	69	78	0	0	0	0	5	6	0	0	10	11
Huevo	12	13	4	4	0	0	71	80	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Carne	13	15	17	19	7	8	47	53	0	0	0	0	4	4	0	0	1	1
Papas	53	60	0	0	1	1	28	31	0	0	0	0	5	6	0	0	2	2
Plátano	23	26	0	0	0	0	61	69	0	0	0	0	3	3	0	0	2	2
Zanahoria	59	66	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	17	19	11	12
Chayote	79	89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	11
Coliflor	79	89	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	7	8
Calabacín	50	56	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	40

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje.

En cuanto al tipo de preparación que utilizan los participantes con mayor frecuencia, se encuentra el hervido con un 89% en el chayote y la coliflor respectivamente, seguido de un 80% que realiza el huevo frito, un 78% que cocina el pescado frito, 69% cocina el plátano frito, 66% cocina la zanahoria hervida, 60% cocina la papa hervida, 56% cocina el calabacín hervido, 53% cocina la carne frita, 49% consume el pollo hervido, siendo hervido y frito los tipos de cocción que más utilizan los encuestados, sin embargo, lo que mayoritariamente hacen es hervir los alimentos.

Tabla 10 Frecuencia de consumo de verduras harinosas de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Verduras harinosas	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)		Algunas veces al mes (1- 3 veces)		Algunas veces a la semana (1- 4 días a la semana)		Siempre o casi siempre (5- 7 días)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Papa	13	15	45	51	28	31	3	3
Yuca	36	40	51	57	14	16	1	1
Plátano	12	13	46	52	26	29	5	6
Ñampí	74	83	14	16	0	0	1	1
Ñame	70	79	16	18	2	2	1	1
Tiquisque	74	83	13	15	1	1	1	1
Camote	60	67	26	29	2	2	1	1

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

Con respecto a las verduras harinosas, se observa que no suelen ser ingeridos todos los días, observándose que de todos ellos el plátano es el más consumido con un 6%. Con respecto al consumo de verduras harinosas de 1 a 4 días a la semana, la verdura que más se consume es la papa con un 31%. En cuanto al consumo de verduras harinosas de 1 a 3 veces al mes, la más consumida fue la yuca con un 57%, seguido del plátano con un 52% y la papa con un 51% respectivamente, finalmente se observa que los vegetales harinosos que se consumen nunca o casi nunca encontramos en primer lugar el ñampí y el tiquisque con un 83% cada uno, seguido del ñame con un 79%, y el camote con una 67%.

Tabla 11 Frecuencia de consumo de verduras no harinosas de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Verduras no harinosas	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)		Algunas veces al mes (1- 3 veces)		Algunas veces a la semana (1- 4 días a la semana)		Siempre o casi siempre (5- 7 días)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Chayote	21	24	47	53	16	18	5	6
Zanahoria	23	26	45	51	16	18	5	6
Lechuga	12	13	30	34	38	43	9	10
Tomate	4	4	23	26	40	45	22	25
Calabacín	58	65	17	19	10	11	4	4
Espinaca	67	75	12	13	8	9	2	2
Pepino	12	73	25	28	35	39	17	19

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

En relación con las verduras no harinosas se observa que la población no suele consumir vegetales no harinosos todos los días siendo el más consumido el tomate con un 25% de la población, seguido de la lechuga con un 10%. Con respecto al consumo de vegetales no harinosos de 1 a 4 días a la semana se encuentra el mayor porcentaje también el tomate y la lechuga con un 45% y 43% respectivamente. En cuanto al consumo de 1 a 3 veces al mes se encuentra en mayor porcentaje el chayote con un 53%, seguido de la zanahoria con un 51%. Finalmente se observa que los vegetales no harinosos que se consumen nunca o casi nunca son la espinaca, el pepino y el calabacín con 75%, 73% y 65% respectivamente.

Tabla 12 Frecuencia del consumo de frutas de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Frutas	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)		Algunas veces al mes (1- 3 veces)		Algunas veces a la semana (1- 4 días a la semana)		Siempre o casi siempre (5- 7 días)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Banano	15	17	32	36	36	40	6	7
Sandia	21	24	40	45	23	30	5	6
Papaya	23	26	38	43	21	30	7	8
Melón	39	44	33	37	13	20	4	4
Piña	19	21	30	34	34	30	6	7
Fresas	43	48	35	39	7	30	4	4
Manzana	23	26	43	48	18	50	5	6
Uva	47	53	31	35	8	40	3	3
Naranja	23	26	28	31	28	20	10	11
Mandarina	44	49	30	34	10	20	5	6
Kiwi	65	73	15	17	6	0	3	3
Mango	19	21	40	45	25	40	5	6

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

Con respecto al consumo de frutas todos los días se observa que la más consumida fue la naranja con un 11%, seguido de la papaya y la piña con un 7% cada una. Con respecto a la frecuencia de 1 a 4 días a la semana la fruta más consumida fue la manzana con un 50%, seguido del banano, la uva y el mango con un 40% cada una. En cuanto al consumo de 1 a 3 veces al mes la manzana también fue la fruta más consumida en esa frecuencia con un 48%, seguido de la sandía, el mango y la papaya con un 45% y 43% respectivamente. Finalmente, las frutas que casi o nunca se consumen fueron el kiwi con un 73%, seguido de la uva con un 53%, la mandarina con un 49%, las fresas y el melón con 48% y 44% respectivamente.

Tabla 13 Frecuencia de consumo de leguminosas de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Leguminosas	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)		Algunas veces al mes (1- 3 veces)		Algunas veces a la semana (1- 4 días a la semana)		Siempre o casi siempre (5- 7 días)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Frijoles	5	6	13	15	20	22	51	57
Garbanzos	50	56	31	35	6	7	2	2
Lentejas	58	65	24	27	5	6	2	2

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

En relación con las leguminosas, el 57% consume frijoles 5 a 7 días a la semana, seguido de un 22% que consume frijoles 1 a 4 veces a la semana, seguido de un 35% que consume garbanzos 1 a 3 veces a la semana, y un 65% que consume lentejas menos de 1 ves al mes. Por lo que se deduce que el consumo de garbanzos y lentejas es muy bajo en la población.

Tabla 14 Frecuencia de consumo de granos y harinas de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Granos y harinas	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)		Algunas veces al mes (1- 3 veces)		Algunas veces a la semana (1- 4 días a la semana)		Siempre o casi siempre (5- 7 días)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Arroz blanco	4	4	11	12	13	15	61	69
Tortilla	25	28	35	39	20	22	9	10
Pan blanco	29	33	22	25	27	30	11	12
Pastas (fideos)	21	24	42	47	23	26	3	3
Arroz integral	85	96	2	2	2	2	0	0
Tortilla integral	85	90	2	2	2	2	0	0
Pan integral	59	96	11	12	15	17	4	4
Pasta integral	82	92	5	6	1	1	0	0

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

Con respecto al consumo de granos y harinas, se observa que el 69% consume arroz blanco de 5 a 7 días a la semana, el 30% consume pan blanco 1 a 4 veces a la semana, un 47% consume pastas 1 a 3 veces al mes, un 39% consume tortilla 1 a 3 veces al mes, 96% consume arroz y pan integrales menos de 1 vez al mes respectivamente, 92% consume pasta integral menos de 1 vez al mes, 90% consume tortilla integral menos de 1 vez al mes. Por lo anterior se deduce que la lo que la población consume con menor frecuencia son los productos integrales y lo que consumen con mayor frecuencia es el arroz en primer lugar, la tortilla y el pan.

Tabla 15 Frecuencia de consumo de carnes de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Carnes	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)		Algunas veces al mes (1- 3 veces)		Algunas veces a la semana (1- 4 días a la semana)		Siempre o casi siempre (5- 7 días)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Huevo	3	3	12	13	35	39	39	44
Res	17	19	37	42	25	28	10	11
Pollo	3	3	24	27	39	33	23	26
Cerdo	11	12	39	44	29	44	10	11
Pescado	25	28	41	46	16	18	7	8
Mariscos enlatados	68	70	13	15	6	7	2	2
Atún	3	3	39	44	34	38	13	15
Sardina	51	57	21	24	12	13	5	6
Queso mozzarella	74	83	7	8	5	6	3	3
Queso amarillo	46	52	27	30	15	17	1	1
Queso Turrialba	23	26	21	24	24	27	21	24

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

En cuanto a la frecuencia del consumo de carnes, se observa que siempre o casi siempre (5 a 7 días a la semana) consumen huevo con un 44% respectivamente, seguido de un 26% con el consumo de pollo de 5 a 7 días a la semana, posteriormente se observa el consumo de la carne de cerdo de 1 a 4 veces por semana con un 44% respectivamente, y un 33% que consume pollo de 1 a 4 veces por semana, además, se observa el consumo de pescado de 1 a 3 veces al mes con un 48%, seguido de un 44% que consumen atún de 1 a 3 veces al mes, y un 42% que consumen res 1 a 3 veces al mes, finalmente se observa un 70% que consumen mariscos enlatados menos de 1 vez al mes, y un 57% que consumen sardina menos de una vez al mes. En cuanto al consumo de quesos, se observa que el queso consumido con mayor frecuencia es el queso Turrialba de 5 a 7 días por semana, y los quesos con menor frecuencia consumidos son mozzarella con un 83% respectivamente consumido menos de 1 vez al mes, y el queso amarillo con un 52% consumido menos de 1 vez al mes.

Tabla 16 Frecuencia de consumo de lácteos de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Lácteos	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)		Algunas veces al mes (1- 3 veces)		Algunas veces a la semana (1-4 días a la semana)		Siempre o casi siempre (5-7 días)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Leche descremada	58	65	10	11	15	17	6	7
Leche semidescremada	50	56	20	23	13	15	6	7
Leche entera	52	58	20	23	14	16	3	3
Yogurt descremado	63	71	16	18	7	8	3	3
Yogurt semidescremado	65	73	11	12	10	11	3	3
Yogurt entero	63	71	16	18	7	8	3	3

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

En cuanto a la frecuencia de consumo de lácteos, se observa que las leches descremadas y semidescremadas se consumen en un 7% cada una de 5 a 7 veces a la semana, sin embargo, se observa que la leche descremada y semidescremada tiene un consumo de 17% y 15% respectivamente de 1 a 4 veces por semana, un 23% consume leche entera de 1 a 3 veces al mes y este mismo comportamiento se observa también en la leche semidescremada con un 23% de 1 a 3 veces al mes, finalmente se observa el consumo de yogurt semidescremado menos de 1 vez al mes con un 73% respectivamente, seguido del yogurt descremado y entero con 71% cada uno consumido menos de 1 vez al mes, un 65% que consume leche descremada menos de 1 vez al mes, un 58% que consume leche entero menos de una vez al mes y un 56% que consume leche semidescremada menos de una vez al mes, por lo que se deduce que el consumo de lácteos no se da con frecuencia en la población.

Tabla 17 Frecuencia de consumo de embutidos de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Embutidos	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)		Algunas veces al mes (1- 3 veces)		Algunas veces a la semana (1- 4 días a la semana)		Siempre o casi siempre (5- 7 días)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Chorizo	43	48	30	34	14	16	2	2
Salchichón	22	25	40	45	19	21	8	9
Salchicha	28	31	37	42	20	22	4	4
Tocineta	81	91	6	7	2	2	0	0
Salami	81	91	6	7	2	2	0	0
Jamón	45	51	18	20	21	24	5	6
Mortadela	28	31	37	42	20	22	4	4

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

En relación con los embutidos se observa, el 9% consume salchichón 5 a 7 días por semana, 24% consume jamón de 1 a 4 días por semana, un 45% consume salchichón 1 a 3 veces al mes, 42% consume salchicha o mortadela 1 a 3 días al mes, 34% consume chorizo 1 a 3 veces al mes, 91% consume tocineta o salami menos de 1 vez al mes, 51% consume jamón menos e una vez al mes, 48% consume chorizo menos de 1 vez al mes, por lo que se deduce que el consumo de embutidos es relativamente bajo en la población.

Tabla 18 Frecuencia de consumo de grasas de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Grasas	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)		Algunas veces al mes (1- 3 veces)		Algunas veces a la semana (1- 4 días a la semana)		Siempre o casi siempre (5- 7 días)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Natilla	23	26	29	33	27	30	10	11
Queso crema	41	46	27	30	18	20	3	3
Mantequilla	17	19	32	36	29	33	11	12
Manteca	77	87	8	9	4	4	0	0
Mayonesa	35	39	31	35	21	24	2	2
Salsa rosada	36	40	39	44	12	13	2	2
Aderezos	69	78	18	20	0	0	2	2
Semillas (maní, nueces, almendras, marañón, pistacho)	44	49	31	35	11	12	3	3

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

Con respecto a la frecuencia de consumo de grasas se observa, que un 12% consume mantequilla de 5 a 7 días por semana, y un 11% consume natilla de 5 a 7 días por semana, además, se observa un 33% que consume mantequilla de 1 a 4 días por semana, y un 30% que consume natilla 1 a 4 días por semana, un 44% consume salsa rosada 1 a 3 veces al mes, un 87% consume manteca menos de 1 vez al mes, un 78% consume salsa rosada menos de 1 vez al mes, un 49% consume semillas menos de 1 vez al mes, 46% consume queso crema menos de 1 vez al mes, un 39% consume mayonesa menos de 1 vez al mes.

Tabla 19 Frecuencia de consumo de comidas rápidas de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Comidas rápidas	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)		Algunas veces al mes (1- 3 veces)		Algunas veces a la semana (1- 4 días a la semana)		Siempre o casi siempre (5- 7 días)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hamburguesas	57	64	28	31	4	4	0	0
Salchipapas	61	69	25	28	3	3	0	0
Papas fritas	51	57	33	37	5	6	0	0
Nachos	67	75	20	22	2	2	0	0
Tacos	72	81	16	18	1	1	0	0
Burritos	74	83	14	16	1	1	0	0
Hot dogs	81	91	7	8	1	1	0	0
Pizza	47	53	36	40	6	7	0	0
Pollo frito	44	49	32	36	13	15	0	0
Nuggets	63	71	17	19	9	10	0	0
Arroz frito (cantones, etc)	56	63	29	33	4	4	0	0
Snacks (papas tostadas, Lays, pringless, zibas, plátanos fritos, yuquitas)	51	57	28	31	9	10	0	0

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

En relación con las comidas rápidas se observa, que ninguna persona lo consume de 5 a 7 veces por semana, un 15% consumen pollo frito 1 a 4 días a la semana, un 10% consume Nuggets 1 a 4 días a la semana, un 10% consume snacks como papas tostadas, plátanos fritos, o yuca frita 1 a 4 días a la semana, también se observa, un 40% que consume pizza 1 a 3 veces al mes, un 37% que consume que consume papas fritas 1 a 3 veces al mes, un 36% que consume pollo frito 1 a 3 veces al mes, un 33% que consume arroz frito 1 a 3 veces al mes, el consumo de hamburguesas se da en un 31% de 1 a 3 veces al mes, finalmente se observan los alimentos consumidos con menos frecuencia al mes y en primer lugar se observa el consumo de hot dogs con un 91% consumido menos de 1 vez al mes, seguido de los burritos con un 83% respectivamente, un 81% que consume tacos menos de 1 vez al mes, un 75% que consume nachos menos de 1 vez al mes, un 71% consume Nuggets menos de 1 vez al mes, un 69% consume salchipapas menos de 1 vez al mes, un 64% consume hamburguesas

menos de 1 vez al mes, 63% consume arroz frito menos de 1 vez al mes, las papas fritas y los snacks se consumen menos de 1 vez al mes en un 57% cada uno.

Tabla 20 Frecuencia de consumo de otros productos que consumen las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)		Algunas veces al mes (1- 3 veces)		Algunas veces a la semana (1-4 días a la semana)		Siempre o casi siempre (5-7 días)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Galleta con relleno	53	60	20	22	12	13	4	4
Golosinas (confites, chocolates, gomitas, malvaviscos, etc)	42	47	32	36	14	16	1	1
Miel	71	72	12	13	5	6	1	1
Sirope	74	83	8	9	6	7	1	1
Jalea	50	56	26	29	11	12	2	2
Repostería (queques, donas, empanadas, rollos de canela, pan dulce, cachos, etc)	34	38	36	40	15	17	3	3
Bebidas envasadas (gaseosas, tropical, Hi-C, Jumex, Kern's, etc)	47	53	28	31	10	11	4	4
Licores (ron, cerveza, vodka, ginebra, vino, whisky, etc)	73	82	13	15	3	3	0	0

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

Con respecto al consumo de otros productos se observa que las galletas con relleno y las bebidas envasadas se consumen en un 4% cada ítem de 5 a 7 días a la semana, seguido de un 17% que consume repostería 1 a 4 días a la semana, un 16% que consume golosinas 1 a 4 días a la semana, un 13% que consume galletas con relleno 1 a 4 días a la semana, posteriormente se observa un 40% que consume repostería 1 a 3 veces al mes, un 36% consume golosinas 1 a 3 veces al mes, finalmente se observan los alimentos consumidos con menor frecuencia (menos de 1 vez al mes) como el sirope en primer lugar con un 83%, seguido de un 82% de licores, un 72% de miel, un 60% de galletas con relleno, un 56% de jalea, un 53% de bebidas envasadas, un 47% de golosinas, y un 38% de repostería, por lo que

se deduce que la población encuestada no consume con mucha frecuencia productos dulces y procesados o licores.

4.1.4 Estilo de vida

Con respecto a las preguntas relacionadas con el estilo de vida de los participantes se obtienen los siguientes resultados

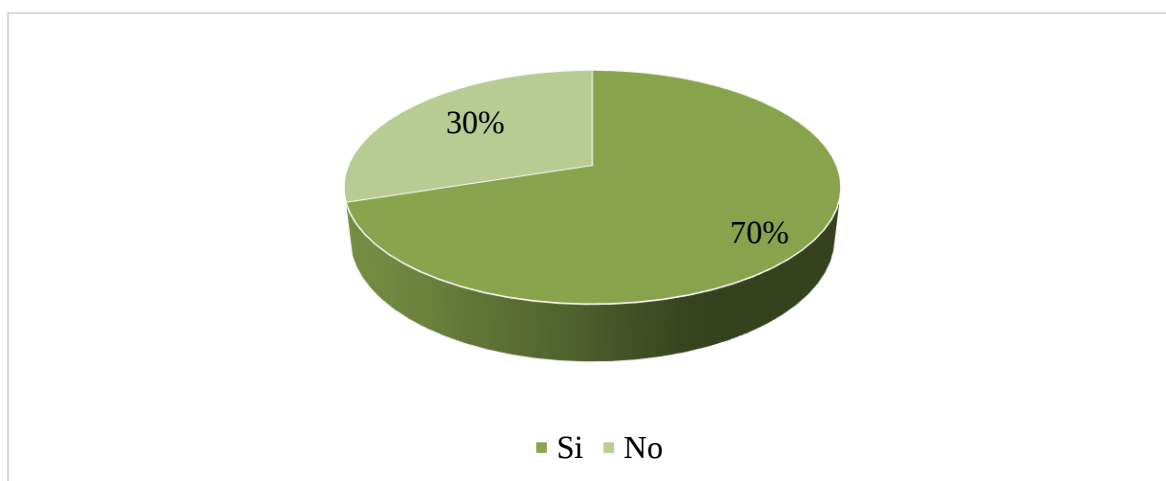


Ilustración 15. Realización de actividad física de los participantes, cantón de Siquirres en el año 2021.

En la figura se muestra que el 70% hace algún tipo de actividad física, el 30% según el instrumento demuestran ser sedentarios.

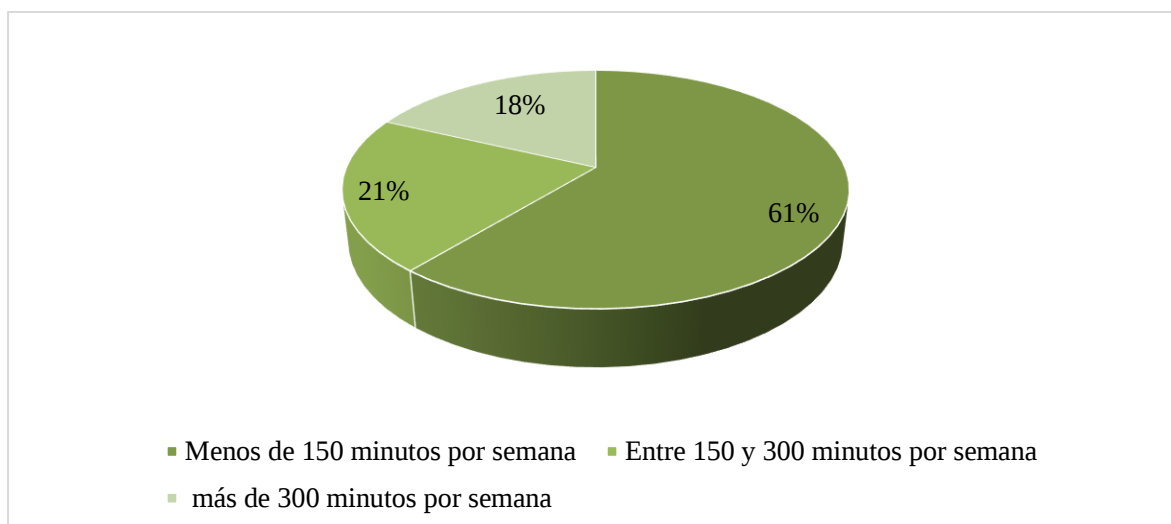


Ilustración 16 Cantidad de actividad física que realizan por semana los participantes, cantón de Siquirres durante el 2021.

De la población que realiza actividad física, el 61% de los encuestados destinan menos de 150 minutos por semana a desarrollar actividades físicas. El 21% hace entre 150 y 300 minutos por semana, el 18% hace más de 300 minutos por semana.

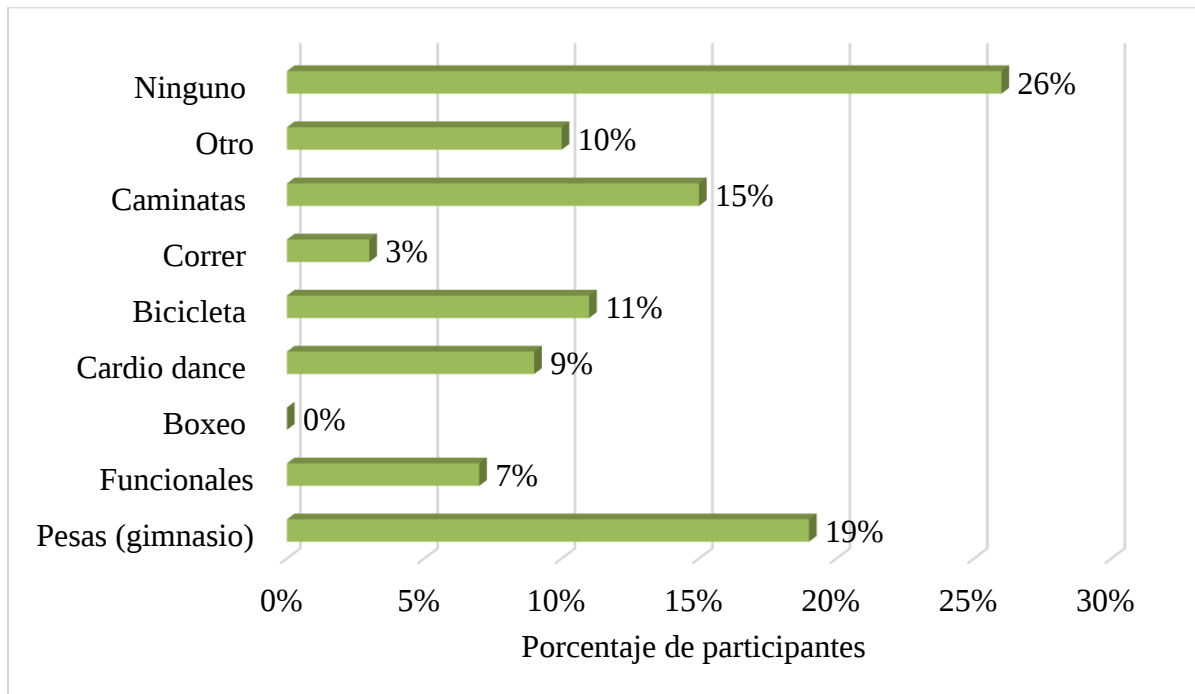


Ilustración 17 Tipo de actividad física realizada por los participantes, cantón de Siquirres, 2021

Los encuestados expresan que la actividad que realizan mayoritariamente son las pesas con un 19%. El 15% indica que hace caminatas, el 11% anda en bicicleta, 9% realiza cardio dance, 7% realiza ejercicios funcionales, 3% se dedica a correr y finalmente se observa un 10% que realiza otros ejercicios y un 26% que no realiza ninguna actividad física.

Al indagar si los participantes de la investigación fuman se obtuvo que en su totalidad ninguno fuma.

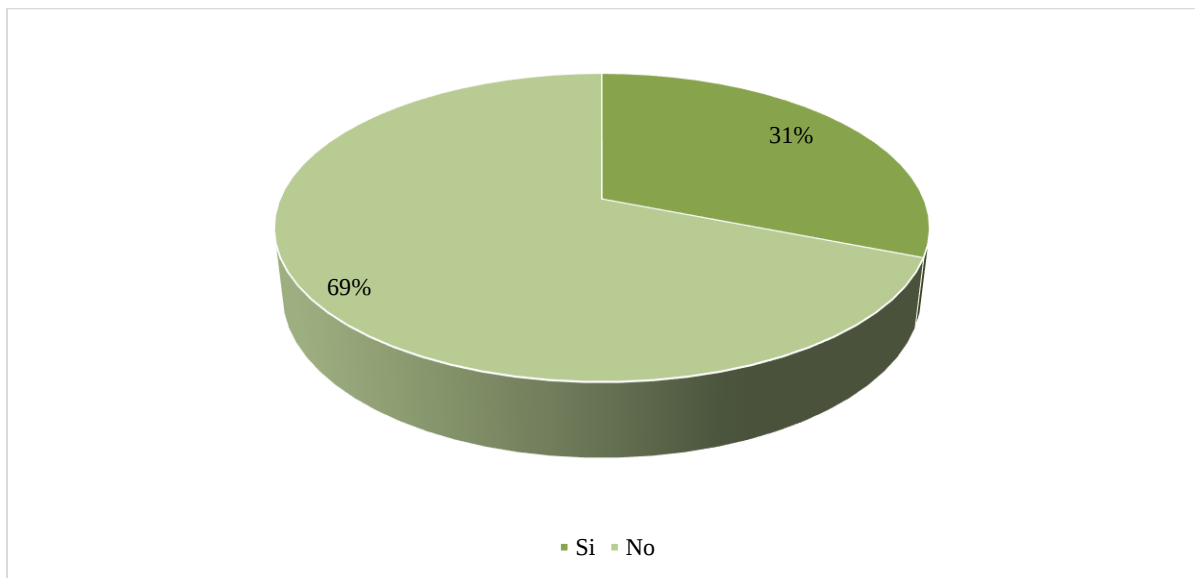


Ilustración 18 Consumo de bebidas alcohólicas de los participantes, cantón de Siquirres durante el 2021

La gráfica demuestra que el 69% de los participantes no ingiere bebidas alcohólicas, el 31% si lo hace.

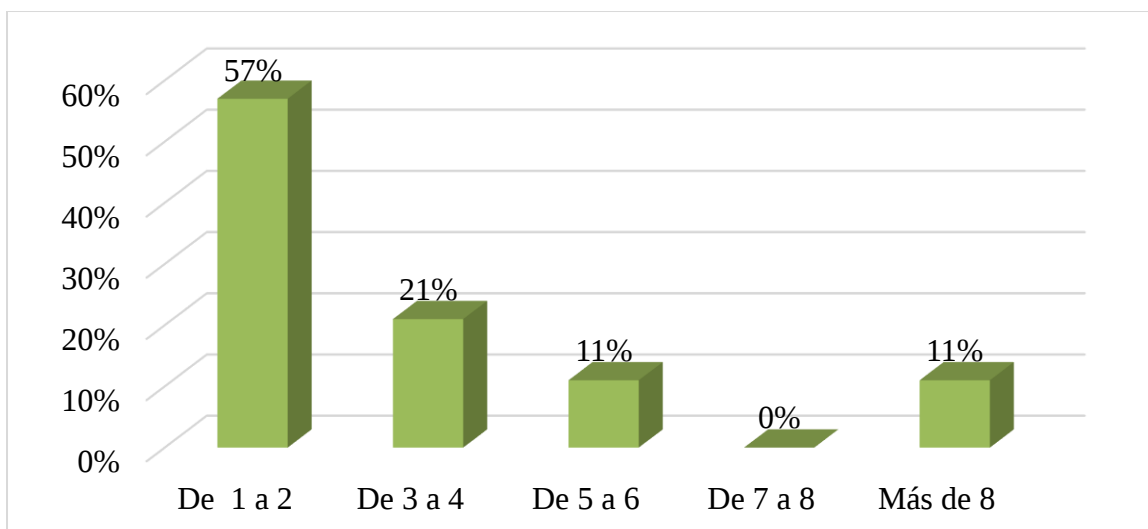


Ilustración 19 Cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión por parte de los participantes, cantón de Siquirres durante el 2021.

En la figura anterior se observa que la cantidad predominante de consumo de licor es de 1 a 3 bebidas alcohólicas con un 57% respectivamente, seguido de un 21% que consume de 3 a 4 bebidas alcohólicas por ocasión, y finalmente se observa un 11% que consume de 5 a 6 bebidas alcohólicas y un 11% que consume más de 8 bebidas alcohólicas por ocasión.

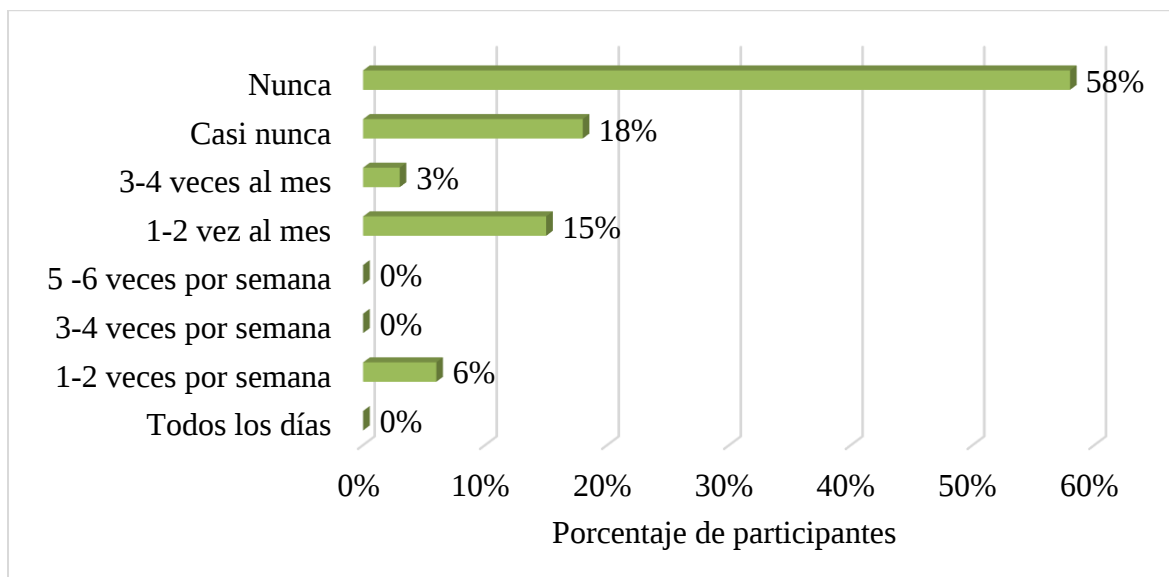


Ilustración 20 Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas por parte de los participantes, cantón de Siquirres durante el 2021.

En cuanto a la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, se observa que un 15% consume bebidas alcohólicas al menos 1 a 2 veces al mes, un 6% consume licores 1 a 2 veces por semana, un 3% consume de 3 a 4 veces al mes y finalmente observamos un 58% que no consume licores nunca y un 18% que no consume licores casi nunca.

4.1.5 Clínica

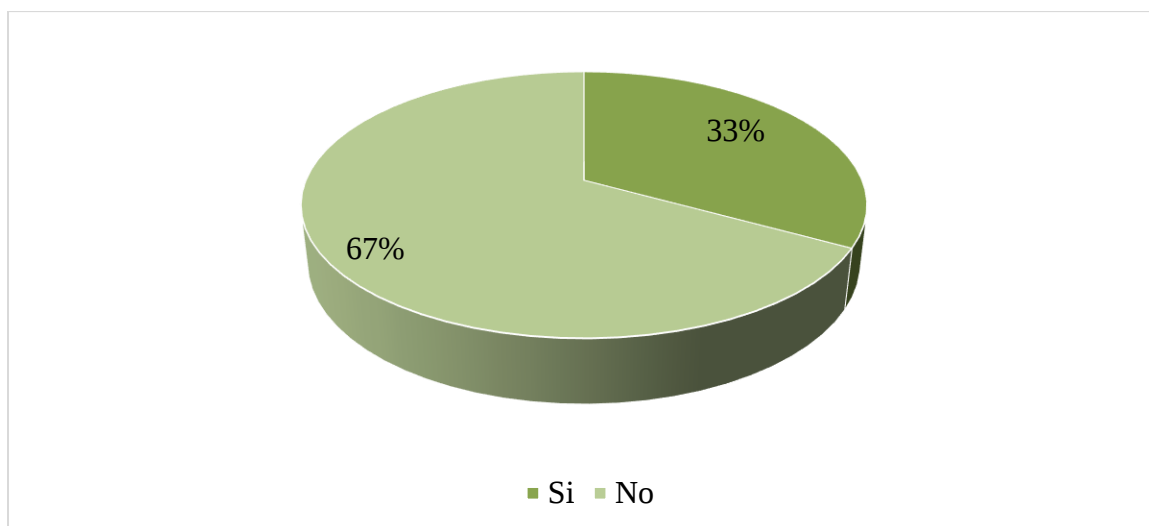


Ilustración 21 Visita a nutricionistas que han realizado los participantes, cantón de Siquirres en el 2021.

El 67% de los participantes señalan que nunca han visitado a un nutricionista, el 33% expresa que sí.

Tabla 21 Enfermedades que padecen las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Enfermedades que padece	Si		No	
	n	%	n	%
Diabetes	14	16	75	89
Presión alta	25	28	64	72
Colesterol y triglicéridos altos	31	35	68	76
Enfermedades del corazón	6	7	63	71
Asma	7	8	63	71
Obesidad	22	25	67	75
Sobrepeso	34	38	55	62
Cáncer	0	0	89	100

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

De la información obtenida en la tabla anterior se desprende que las enfermedades que mayoritariamente padecen los encuestados es presión alta con un 28%, sobrepeso con un

38%, además de colesterol y triglicéridos altos con un 35%, obesidad con 25% y diabetes con un 16%

Tabla 22 Enfermedades que padecen los familiares de las personas mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

	Si		No	
	n	%	n	%
Diabetes	69	76	20	22
Presión alta	61	69	28	31
Colesterol y triglicéridos altos	61	69	28	31
Enfermedades del corazón	28	31	61	69
Asma	31	35	58	65
Obesidad	35	39	54	61
Sobrepeso	41	46	48	54
Cáncer	21	24	68	76

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

El 76% de los encuestados indican tener familiares que padecen de diabetes, el 69% tienen presión alta colesterol y triglicéridos altos. El 46% tienen sobrepeso y 39% obesidad. El 35% padecen asma, el 31% enfermedades del corazón y el 24% cáncer.

4.2 Análisis bivariado

En el siguiente apartado se presentan las relaciones estadísticas de las variables factores de riesgo (hábitos de alimentación, actividad física, nivel socioeconómico, consumo de alcohol consumo de tabaco, genética). Dicho análisis se realiza utilizando la metodología de correlaciones de Pearson, utilizando el estadístico de Chi cuadrado, en el cual para que exista una correlación significativa el valor p debe ser menor a 0,05 o bien una correlación mayor al 20%.

4.2.1 Relación entre factores de riesgo y el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles.

A continuación, se muestran los resultados estadísticos entre los factores de riesgo y el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y algunas enfermedades crónicas no transmisibles, el cual se determinó mediante una escala sacada de un estudio científico llamado *“Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población obrera industrial de la provincia de Cartago”* de la cual se tomó solo la escala, clasificando el riesgo mediante la cantidad de factores de riesgo que presenta cada persona en las siguientes clasificaciones, 0-1 factores de riesgo sin riesgo a enfermedades crónicas, 2-3 factores riesgo leve, 4-5 factores riesgo moderado, 6 o más riesgo severo. Para esta escala se tomaron en cuenta factores de riesgo como hábitos de alimentación (bueno, regular, malo) los cuales se clasificaron mediante una puntuación de escala realizada por el investigador solo para este estudio (ver en anexos), consumo de alcohol (alto, moderado, bajo) se clasifico mediante una escala que media la cantidad de bebidas alcohólicas que consumían los participantes (ver en anexos), consumo de tabaco no se clasifico ya que ningún participante consume tabaco, actividad física (activo, moderado, sedentario) la cual se clasifico con los parámetros recomendados por la OMS, nivel socioeconómico y genética la cual se clasificó mediante una escala que media la cantidad de enfermedades familiares por persona.

Tabla 23 Relación entre el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles con los factores de riesgo de los adultos sanos mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Factores/riesgo	Valor P	Significancia
Hábitos de alimentación	0,022	Sí
Actividad física	0,087	No
Consumo de tabaco	-	-
Consumo de alcohol	0,679	No
Genética	0,35	No
Categoría social	0,821	No

Fuente: elaboración propia, 2021.

Se encontró una relación inversa entre los hábitos de alimentación regulares o incorrectos con el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad.

4.2.1 Relación hábitos de alimentación con factores de riesgo

A continuación, se presentan las relaciones estadísticas de hábitos de alimentación con actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, genética y categoría social.

Tabla 24 Relación entre hábitos de alimentación y factores de riesgo de los adultos sanos mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Hábitos de alimentación/ Factores de riesgo	Valor P	Significancia
Actividad física	0,719	No
Consumo de tabaco	-	-
Consumo de alcohol	0,078	No
Genética	0,833	No
Categoría social	0,888	No

Fuente: elaboración propia, 2021.

No se encontró una correlación significativa entre los hábitos de alimentación de las personas sanas y la actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, genética y categoría social.

Tabla 24 Relación entre hábitos de alimentación y factores de riesgo de los adultos enfermos mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Hábitos de alimentación/ Factores de riesgo	Valor P	Significancia
Actividad física	0,136	No
Consumo de tabaco	-	-
Consumo de alcohol	0,711	No
Genética	0,544	No
Categoría social	0,498	No

Fuente: elaboración propia, 2021.

No se encontró una correlación significativa entre los hábitos de alimentación de las personas enfermas y la actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, genética y categoría social.

4.2.2 Diferencia entre personas sanas y enfermas

A continuación, se muestra la diferencia de hábitos de alimentación, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol y categoría social de las personas sanas y las personas enfermas.

Tabla 25 Diferencia entre los adultos enfermos y sanos mayores de 25 años del cantón de Siquirres, Costa Rica, 2021.

Factores	Valor p	Significancia
Hábitos de alimentación	0,39	No
Actividad física	0,003	Sí
Fumar tabaco	-	-
Consumo de alcohol	0,433	No
Categoría Social	0,638	No

Fuente: elaboración propia, 2021.

Se encontró una diferencia significativa en la actividad física de las personas sanas y enfermas, lo que quiere decir que las personas sanas realizan más actividad física que las personas enfermas.

CAPITULO V:
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

En esta sección se lleva a cabo la discusión e interpretación de los resultados que se obtuvieron de la muestra estudiada.

5.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Las características sociodemográficas consideradas incluyen sexo, edad, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico estas características brindan una breve idea de las condiciones de vida en las que viven los participantes, cuyas condiciones tienen efecto sobre los hábitos de vida y de alimentación que ocasionan como consecuencia enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad.

La muestra en estudio se compone por 89 hombres y mujeres con edades que comprenden de los 25 años en adelante, residentes del cantón de Siquirres, Costa Rica. Según los resultados obtenidos de la muestra en estudio, se observó que el género predominante es el femenino más que el masculino, siendo estos de 63 mujeres y 26 hombres respectivamente y 11 personas que prefirieron no indicar su género, según datos del INEC el género predominante en este cantón y distrito específicamente es el género masculino desde el 2011 hasta el 2020, por lo que los resultados obtenidos en la investigación no cumplen con esta variable de género (INEC, 2017).

Las edades predominantes en la muestra fueron entre 25 y 35 años en hombres y mujeres, según datos del INEC la muestra sí cumple con esta variable, ya que las edades que predominan en el cantón de Siquirres mayores de 25 años van entre los 25 y 34 años (INEC, 2011).

Según el censo nacional de Costa Rica en el 2011, en la población costarricense predomina el estado civil soltero (a) y casado (a), analizando los datos obtenidos por los participantes de esta investigación se afirma que la población estudiada cumple con esta variable, ya que en los datos se refleja un mayor porcentaje en el estado civil casado (a) y soltero (a) (INEC, 2014).

Según datos del INEC el nivel educativo de la población siquirreña mayormente es primaria completa, sin embargo, en los resultados obtenidos por la investigación se muestra que en la población estudiada el nivel educativo predominante es universidad completa, por lo que la investigación no cumple con esta variable, ya que los datos del INEC y la investigación no coinciden (INEC, 2011).

En cuanto al nivel socioeconómico de la población estudiada predomina el nivel medio típico, sin embargo, las categorías más predominantes en esta población son los niveles medios en general. Según diversos autores, las zonas rurales se clasifican en niveles socioeconómicos bajos, ya que el nivel educativo de la zona rural es muy bajo, además, el área laboral es pagada en menores cantidades en comparación a la zona urbana (Rivera & Porras, 2018). Además, la región huetar caribe se registró como la región con mayores niveles de pobreza, pasando de 20,2% en el 2017 a 24,7% en el 2018 (Mora, 2020). Por lo que en conclusión la población estudiada no cumple con los niveles socioeconómicos registrados por la teoría.

5.3 HABITOS Y CONSUMO DE ALIMENTOS

En esta sección se analizan los resultados de los hábitos alimentarios y el consumo de diversos alimentos. En primer lugar, se indagó sobre los tiempos de comida más realizados por la muestra es estudio, por lo que se observó que los tiempos de comida predominantes en la población fueron desayuno, almuerzo y cena principalmente, seguido de alguna merienda mayoritariamente la merienda de la tarde.

Realizar de 5 a 6 tiempos de comida es importante, ya que al seccionar los tiempos de comida con pequeñas cantidades de alimentos ayudan a tener un mejor control de lo que se consume y así no caer en excesos o deficiencias de nutrientes y energía. Saltarse uno o varios tiempos de comida puede generar deficiencias nutricionales o en el caso contrario llegar al siguiente tiempo de comida con más hambre y consumir energía en exceso lo que ocasiona un aumento en el peso (Ureña, 2020). De acuerdo con los datos obtenidos en la investigación, se observó que la población solo suele realizar de 3 a 4 tiempos de comida principalmente.

En cuanto al lugar donde los participantes consumen los alimentos, más de la mitad de la población realiza el mayor tiempo de comidas en la casa. La literatura indica que los tiempos de comida se deben de realizar en lugares destinados para esto, que sean tranquilos y no haya distracciones, cada espacio de comida debe ser un lugar calmado y para compartir con los miembros de la familia o compañeros, por lo que los comedores de la casa son una excelente opción, ya que no están bajo estrés, presión, ni distracciones (Ureña, 2020).

En cuanto al endulzar los alimentos o bebidas, más de la mitad de la población (66%) utiliza azúcar, miel, o tapa de dulce. Se ha evidenciado que el alto consumo de azúcar tiene efectos adversos en la salud como sobrepeso, obesidad, cardiopatías, hiperlipidemias, caries dentales, entre otros (Cabezas, et al, 2015).

El tipo de grasa para cocción más utilizado en la población fue el aceite vegetal más de la mitad de la población. El consumo de aceites vegetales ha incrementado en las últimas décadas y son parte esencial en la dieta. En un estudio se demostró que la población costarricense ha disminuido el uso de manteca y aumentado el consumo de aceites vegetales (Céspedes, et al, 2017). El uso de aceite vegetal en la cocción es una fuente importante de fitoquímicos o compuestos bioactivos, que son promotores de la salud por tener propiedades preventivas a la salud, además, el aceite de oliva ha mostrado ser un cardioprotector (Durán, et al, 2015).

Más de la mitad de la población (96%) añade sal, sazónador o consomé a los alimentos. Se ha evidenciado que el consumo de sodio en exceso se ha relacionado con enfermedades crónicas degenerativas principalmente la hipertensión y como consecuencia riesgo a enfermedades cardiovasculares, además, se ha visto que la presencia de la *Helicobacter pylori* está asociada a la ingesta de alimentos salados, esta bacteria se asocia con el cáncer gástrico (Deossa, et al, 2017).

En cuanto al uso de salsas en diversos alimentos, la mayor parte de la población utiliza salsas o aderezos en los alimentos. Según la OPS, la mitad del sodio que se encuentra en los

productos ultra procesados proviene de las salsas y aderezos instantáneos, además, contienen un exceso de grasa saturada y exceso de grasa total (OPS, 2019).

En cuanto al consumo de líquidos, el más consumido es principalmente el agua pura, sin embargo, el consumo de gaseosas, refrescos, café, té, jugos se da al menos 1 o 2 veces al día todos los días, por lo que al final de la semana el consumo de estas bebidas es elevado durante la semana, lo que puede ser perjudicial para la salud en bebidas como gaseosas y refrescos. El consumo de bebidas procesadas en América Latina ha ido en aumento en los últimos años, las bebidas ultra procesadas representan un tercio de la energía total de productos ultra procesados, lo que representa un 43% de azúcares libres de esta energía total según la OPS. la mayor parte de las ventas de bebidas ultra procesadas corresponde a las bebidas gaseosas con un 22% y a los jugos y bebidas azucaradas con un 18%. Más de la mitad de los azúcares libres de alimentos ultra procesados corresponde a las bebidas gaseosas y una quinta parte corresponde a otros jugos y bebidas azucaradas (OPS, 2019).

En cuanto al tipo de cocción más utilizado para distintos alimentos es el hervido, seguido del frito. Preparar los alimentos fritos es uno de los métodos culinarios más antiguos con el fin de preservar más los alimentos por mayor tiempo. En este método de cocción el alimento pierde agua por lo que la grasa utilizada reemplaza el agua perdida en la cocción, por ende, los alimentos fritos contienen hasta un 40% de grasa en el alimento final. Este método de cocción es el más aceptado por la sociedad a nivel mundial por sabor, textura y facilidad de preparación. La FAO y la OMS advierte sobre el alto consumo de alimentos fritos, ya que estos pueden llegar a ser perjudiciales para la salud (Montes, et al, 2015).

En cuanto al consumo de harinas en general, la población más de la mitad de la población (69%) consume arroz blanco todos los días, consumen tortilla, pan blanco y pastas 1 a 3 veces al mes y más de la mitad de la población consume nunca o casi nunca productos integrales, por lo que se observa que tienen un escaso consumo de productos integrales en su dieta. Además, en más del 50% de la población se observa un consumo de papa, yuca y plátano de 1 a 3 veces al mes, sin embargo, el consumo de verduras harinosas es relativamente bajo en la población. El arroz, trigo y maíz son los alimentos más consumidos por la población costarricense considerados la base de la alimentación actual, además, el consumo de papa, yuca y plátano tiene un alto aumento de consumo debido a la disponibilidad que se tiene a estos alimentos (Céspedes, et al, 2017).

En cuanto al consumo de leguminosas, la población presenta un bajo consumo de leguminosas, sin embargo, la leguminosa con mayor aceptación son los frijoles con un 57% de la población que lo consume todos los días, un 22% que los consume de 1 a 4 días a la semana, 15% que lo consume de 1 a 3 veces al mes y 6% que lo consume nunca o casi nunca. En un estudio realizado con 798 participantes, se demostró que el consumo de leguminosas en la población costarricense es bajo (inferior a la media taza recomendada) a pesar de ser un alimento base en la alimentación del costarricense, esto puede deberse a la incorporación de las mujeres al sector laboral, ya que por la falta de tiempo se omite la preparación de estos alimentos (Guevara, et al, 2019).

En cuanto al consumo de frutas y vegetales, la población presenta un consumo bajo de frutas ya que la frecuencia de consumo con mayores porcentajes es la de 1 a 3 veces al mes y de 1

a 4 días a la semana, la frecuencia de consumo de 5 a 7 días a la semana es la frecuencia con menores porcentajes de consumo, sin embargo, las frutas más consumidas por la población son la manzana, banano, uva, mango, sandía, papaya, piña y fresas. Por otra parte, el consumo de vegetales también es escaso en la población, ya que la frecuencia de consumo con mayores porcentajes es la de nunca o casi nunca seguida de la frecuencia de 1 a 3 veces al mes, por lo que se denota el bajo consumo de vegetales en la población, sin embargo, los vegetales con mayor aceptación son el tomate y la lechuga. La OMS recomienda el consumo diario de frutas y vegetales de al menos 400g al día lo equivalente a 5 porciones de frutas y vegetales preferiblemente de todos los colores. En un estudio realizado con 798 personas de 15 a 65 años se demostró el bajo consumo de frutas y vegetales de la población costarricense ya que en promedio consumían 220g/d/p de frutas y vegetales y lo recomendado por la OMS es de 400g, sin embargo, la cantidad de consumo aumentaba conforme aumentaba la edad y el nivel socioeconómico (Gómez, et al, 2020).

La población estudiada tiene un alto consumo de carnes, principalmente el huevo el cual se consume todos los días en 44% de la población, seguido del pollo (26%), la carne de cerdo se consume en un 44% de la población de 1 a 4 días a la semana, seguido del atún (38%), en el consumo de 1 a 3 veces al mes se denota el pescado y en nunca o casi nunca sobre salen los mariscos, el queso mozzarella, queso amarillo y la sardina. En un estudio realizado en 790 personas se demostró que el pollo es la carne más consumida por la población costarricense, seguido por la carne de res, carne de cerdo, embutidos, pescado y mariscos y las vísceras (Céspedes, et al, 2017). En otro estudio se demostró que la población

costarricense consume carne frecuentemente, principalmente el pollo, carne de res y huevo y los pescados y mariscos suelen ser de consumo muy bajo en Costa Rica, sin embargo, el atún es el pescado más consumido en la población (Céspedes, et al, 2017).

En cuanto al consumo de embutidos, se observa que la frecuencia de consumo con mayores porcentajes es la de nunca o casi nunca, sin embargo, hay una parte de la población que consume embutidos todos los días principalmente el salchichón, y de 1 a 4 días a la semana consumen jamón, mortadela, salchicha y chorizo. En un estudio realizado con 193 personas se demostró con una frecuencia de consumo que un 30% de los encuestados que sí consumen embutidos lo hace dos veces por semana, seguido de un 20% que los consume 1 vez por semana, 18% los consume menos de 1 vez por semana, y un 30% los consume más de 3 veces a la semana, sin embargo, un 77% de las personas que no consumen embutidos indicó no consumirlos por ser perjudiciales para la salud por su alto contenido de sodio y grasa y otros indicaron no consumirlo por indicaciones médicas (Araya, et al, 2014).

Los lácteos consumidos con mayor frecuencia en la población son la leche descremada y semidescremada, se observa un mayor consumo en las leches que en los yogurts independientemente del contenido de grasa, sin embargo, se observa un bajo consumo de lácteos en la población, ya que la frecuencia con mayores porcentajes es la de nunca o casi nunca. El consumo de leche por habitante en el 2011 tuvo un promedio de 192,72 litros al año por persona, Costa Rica es considerado uno de los países centroamericanos con mayor producción y consumo de leche, destacándose las regiones Huetar Central, Huetar Norte y Chorotega como las regiones con mayor producción de leche en el país, por otra parte, la

región Brunca, Huetar Atlántica y Pacífico Central producen leche en menor cantidad y por lo habitual producción artesanal y con doble propósito (Calvo, 2013). En la mayoría de los hogares costarricenses es común encontrar leche semidescremada, sin embargo, la frecuencia de consumo varía dependiendo del nivel socioeconómico y no todos logran cumplir las recomendaciones diarias de 3 lácteos por día según las guías alimentarias (Céspedes, et al, 2017).

En cuanto a consumo de grasas, se observa que hay una minoría de la población que consume mantequilla y natilla todos los días, estas son las grasas con mayores porcentajes en casi todas las frecuencias de consumo, sin embargo, se da el consumo frecuente de otras grasas como mayonesa, queso crema y salsa rosada. La manteca, semillas, aderezos son más frecuentes en el consumo de nunca o casi nunca. En un estudio realizado en 162 personas que visitaban diversas ferias del agricultor del país, se demostró que el consumo de natilla es de 14,5kg por semana, con un consumo promedio familiar de 458,87 gramos por semana, además, se demostró que la mantequilla tiene un consumo inferior en comparación con otros derivados lácteos (Benavidez & Alpízar, 2020).

En cuanto al consumo de comidas rápidas, nadie consume estos alimentos todos los días, sin embargo en la frecuencia de 1 a 4 días a la semana sobre salen el pollo frito y los nuggets, en la frecuencia de 1 a 3 veces al mes sobre salen la pizza, papas fritas, arroz frito, hamburguesas, snacks, salchipapas, tacos, burritos, nachos, sin embargo, la frecuencia de consumo con mayores porcentajes es la de nunca o casi nunca, por lo que se deduce que la población no acostumbra a consumir estos alimentos. En un estudio realizado con 420

personas residentes de áreas urbanas y rurales indicó que la mayor parte de la población consume comidas rápidas de 3 a 4 veces al mes en el área urbana y de 1 a 2 veces al mes en el área rural (Céspedes, et al, 2017).

En cuanto al consumo de alimentos ultra procesados, se observa que una minoría de la población consume todos los días galletas con relleno y bebidas envasadas, en la frecuencia de 1 a 4 días a la semana sobre salen las golosinas, repostería y jaleas, en la frecuencia de 1 a 3 veces al mes sobresalen los alimentos ya repetidos anteriormente, finalmente la frecuencia que más se denota por tener los mayores porcentajes de consumo es la de nunca o casi nunca.

Según la OPS, la venta de bebidas y alimentos ultra procesados ha ido en aumento en todos los países de América Latina (OPS, 2019). En cuanto al consumo de galletas con relleno y repostería son frecuentemente consumido en la población costarricense al menos 2 a 3 veces por semana (Céspedes, et al, 2017). Otro estudio demostró que el 97% de la población consume golosinas algunas veces a la semana (Pereira & Salas, 2017).

5.4 ESTILO DE VIDA

En cuanto al consumo de tabaco y alcohol, se muestra que la población en estudio no practica el consumo de tabaco, sin embargo, más de la mitad de la población indicó consumir bebidas alcohólicas, en su mayoría consumen de 1 a 2 bebidas alcohólicas por ocasión, un 21% consume de 3 a 4 bebidas alcohólicas por ocasión y un 11% consume de 5 a 6 bebidas y otro 11% consume más de 8 bebidas por ocasión. En un estudio realizado por la Universidad de Costa Rica, se demostró que el 45,7% de la población costarricense consume bebidas

alcohólicas, y el porcentaje de personas que nunca ha tomado bebidas alcohólicas es de 22,8%. La prevalencia de consumo es mayor en el área metropolitana (50,1%), en el valle central (43,4%) y en el resto del país es de 36%. La frecuencia de consumo de dicho estudio fue menos de 1 vez al mes (39,8%), 2 a 3 veces al mes (20,7%) y una vez al mes (20,4%). Con respecto a la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión, principalmente es de 1 a 3 bebidas (70%) (UCR, 2012).

En cuanto a la realización de actividad física, un 70% indicó realizar actividad física, de esta población un 61% realiza menos de 150 minutos por semana, un 21% realiza entre 150 y 300 minutos por semana y un 18% realiza más de 300 minutos por semana. De acuerdo con la OMS y las guías de actividad física para los americanos en el 2008 se deben realizar al menos 150 minutos de actividad física aeróbica moderada en personas de 18 a 65 años, 75 minutos a la semana de actividad física vigorosa y más de 300 minutos por semana para tener efectos positivos en la salud como prevenir o reducir el riesgo a enfermedades crónicas. En un estudio realizado en el 2015 se observó que solo el 51,1% de la población realizaba actividad física y que la inactividad física era un factor de riesgo a enfermedades crónicas (Muñoz et al, 2018).

5.6 RELACIÓN FACTORES DE RIESGO Y RIESGO A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, SOBREPESO Y OBESIDAD

Los malos hábitos de alimentación y el sedentarismo son los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, sin embargo, factores como el alto consumo de alcohol, tabaco, y antecedentes familiares también juegan un papel importante en el desarrollo de ECNT. Las ECNT son la causa de muerte del 71% de muertes en el mundo, sin embargo, se da mayoritariamente en países de bajos y medianos ingresos. Las enfermedades crónicas no transmisibles que han causado mayor porcentaje de muertes son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes (Cachiguango & Fichamba, 2021).

Hábitos de alimentación

Los hábitos de alimentación son conductas adquiridas a lo largo del tiempo. Los hábitos de alimentación incorrectos se relacionan con el padecer obesidad y sobrepeso y estas a su vez conllevan al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, entre otras (Fernández, et al, 2020). Según los resultados obtenidos en la investigación, se observó una relación significativa (valor p 0,022) entre los hábitos de alimentación y el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad, por lo que el estudio respalda toda la evidencia actual sobre la relación existente entre los incorrectos hábitos de alimentación y el padecer diversas patologías.

Se ha evidenciado que el consumo de alimentos procesados, altos en grasa, sodio y carbohidratos, carentes de vitaminas, nutrientes y fibra, el alto consumo de comidas rápidas, la disminución del tiempo dedicado a la preparación de los alimentos y otros factores favorecen el desarrollo de obesidad, sobrepeso y, por ende, enfermedades crónicas no transmisibles (Fernández, et al, 2020).

Se ha visto que las dietas de baja calidad están dentro de los 6 principales factores de riesgo de morbilidad. Una dieta pobre en frutas, vegetales, nueces y semillas, cereales integrales, omega 3, y productos marinos se considera una dieta de baja calidad (UNSCN, 2018). La población estudiada, en su mayoría presentan hábitos de alimentación regulares, sin embargo, en cuanto a la frecuencia de consumo se observó una dieta escasa en micronutrientes, ya que el consumo de frutas, vegetales, cereales integrales y productos del mar es muy escaso en la población.

En un estudio realizado en Costa Rica con 798 personas se determinó que la población costarricense no tiene hábitos de alimentación variados, ya que su dieta se basa únicamente en arroz blanco, pan, café y bebidas con azúcar y el consumo de leguminosas, frutas, vegetales no harinosos y pescado es muy deficiente en esta población (Cachiguango & Fichamba, 2021). Así mismo, se demostró en el presente estudio con la población estudiada, la cual arrojó resultados similares a los del estudio anterior.

Actividad física

Diversos estudios han demostrado la relación costo-efectiva que existe entre la actividad física y la reducción en el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, además, se ha visto que aporta beneficios en general a la salud (Muñoz, et al, 2018).

Según la OMS, se esperaría que al menos el 80% de la población mundial realice actividad física mínimo 150 minutos por semana para prevenir muertes prematuras por enfermedades crónicas, sin embargo, según datos de la OMS la actividad física alrededor de todo el mundo es menor al 60% de la población. La inactividad física es una de las causas de muerte de casi todas las enfermedades de alto costo a pesar de ser el principal factor protector de enfermedades y ser de bajo costo (Muñoz, et al, 2018). De acuerdo con los datos obtenidos en el estudio, se observó que la mayor parte de la población (70%) realiza actividad física, sin embargo, solo un 39% realiza más de 150 minutos por semana.

En un estudio realizado en Colombia, se observó que la inactividad física fue el principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardíacas con una prevalencia del 56,6%. En otro estudio realizado en el 2014 en población de 18 a 64 años, se observó que solo el 42,6% de la población realizaba actividad física (Muñoz, et al, 2018).

La población femenina, adultos, adultos mayores, de nivel socioeconómico bajo, de escasos ingresos, nivel educativo nulo o bajo, tienen una mayor percepción a ser sedentarios (Muñoz, et al, 2018).

A pesar de toda la evidencia científica que indica la relación existente entre la inactividad física y el riesgo de padecer enfermedades crónicas, sobrepeso y obesidad, en este estudio no se observó una relación significativa (valor p 0,087) para dicha relación.

Consumo de tabaco

En el estudio realizado, no se realizó una relación estadística del consumo de tabaco ya que ninguno de los participantes lo consume, sin embargo, se discute esta variable ya que diversa evidencia científica denota el consumo de tabaco como un factor de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles. Según la OMS el consumo de tabaco ha ocasionado la muerte de más de 5 millones de personas al año, se estima que para el 2030 la muerte será de 8 millones de personas. Más de 80% de las personas que consumen tabaco viven en países de ingresos bajos y medianos, donde es mayor la morbi-mortalidad por consumo de tabaco (Solís & Monge, 2016).

Se estima que el consumo de tabaco en Costa Rica es de 434 mil personas, en el cual los hombres de 40 a 49 años y las mujeres de 18 a 29 años son los que presentan los índices de fumado más altos en Costa Rica (Solís & Monge, 2016).

Se ha relacionado el consumo de tabaco con el 33% de los cánceres y un 80% de cáncer de pulmón es ocasionado por esta práctica, 29% de enfermedades respiratorias, también se ha visto relación entre el consumo de tabaco y enfermedades cardiovasculares con un 29% de

estas enfermedades. Además, se ha observado que el consumo de tabaco ocasiona enfermedades como demencia, accidentes cerebrovasculares, cáncer de senos paranasales, labios, boca, laringe, faringe, de medula, de pulmón, enfermedades dentales, EPOC, asma, bronquitis crónica, neumonías, cáncer de esófago, gástrico, colon, páncreas, de mamas, de próstata, de cuello uterino, de ovarios, entre otras patologías (Solís & Monge, 2016).

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol es considerado un problema de salud pública y de promoción de la salud, además, se ha relacionado como un factor de riesgo determinante para padecer enfermedades neuropsiquiátricas y enfermedades crónicas no transmisibles como enfermedades del corazón, cirrosis hepática, y cáncer. En la actualidad, el consumo de alcohol es el principal, factor que contribuye a una muerte temprana que se puede prevenir. Según la OMS es el tercer factor de riesgo de enfermedades y discapacidad. Algunas enfermedades con las que se relaciona el consumo de alcohol son: enfermedades cardiovasculares, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, trastornos digestivos, trastornos hematológicos, osteoporosis, trastornos metabólicos, trastornos endocrinos, neumonía, hepatitis y diversos canceres (Ahumada, et al, 2017). Sin embargo, en el estudio no se encontró una relación (valor p 0,679) entre el consumo de alcohol y el riesgo a enfermedades crónicas.

En un estudio se demostró que en el 2012 el consumo de alcohol fue de 42%, teniendo un mayor consumo los hombres que las mujeres, además, se observó que la cerveza fue la bebida alcohólica de mayor consumo (Ahumada, et al, 2017). De acuerdo con los datos obtenidos por la investigación, se observó que el consumo de alcohol es bajo en la población estudiada (39%) y en su mayoría consumen 1 a 2 cervezas por ocasión por lo que el factor de riesgo es muy bajo en relación con el riesgo de padecer enfermedades crónicas por este factor.

Genética

Según datos de la OMS las enfermedades crónicas vienen siendo una combinación de factores genéticos, conductuales, ambientales y fisiológicos. Sin embargo, los factores genéticos son factores de riesgo no modificables por lo que la persona no puede prevenir este factor, sin embargo, se pueden realizar variaciones positivas en los factores de riesgo modificables como los descritos anteriormente. (OMS, 2021). En la investigación no se encontró una relación entre los factores genéticos y el riesgo de padecer enfermedades crónicas (valor p 0,35).

Nivel socioeconómico

La evidencia indica que las enfermedades no transmisibles van aumentando en países de bajos y medianos ingresos. Determinantes sociales como el sexo, educación, etnia y nivel socioeconómico son factores base en el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles. No se conoce con exactitud una relación directa con los determinantes sociales y las enfermedades no transmisibles, sin embargo, existen estudios donde se demuestra que los países de bajo y medianos ingresos como Costa Rica las enfermedades no transmisibles tienen una alta prevalencia (OPS & OMS, 2017).

Las enfermedades crónicas no transmisibles tienen un alto impacto a nivel nacional e internacional en la salud pública, sin embargo, el impacto es más alto en población con vulnerabilidad social y económica. Según la OMS el 80% de las enfermedades crónicas no transmisibles se dan en países de bajos y medianos ingresos, por lo que se ve afectado el desarrollo económico del país (Robledo & Escobar, 2010).

En los resultados arrojados por la población estudiada no se encontró una relación entre el nivel socioeconómico y el riesgo a enfermedades crónicas (valor p 0,821)

5.7 RELACIÓN HABITOS DE ALIMENTACIÓN Y FACTORES DE RIESGO

Los hábitos de alimentación se relacionan principalmente con características económicas, sociales, y culturales. Se ha evidenciado que la mejor etapa para favorecer buenos hábitos alimentarios y estilo de vida es la etapa adolescente, ya que, de no ser así, estas personas crecerán con malos hábitos de alimentación y de vida que serán más difíciles de modificar para favorecer una buena salud. (Barriguete, et al, 2017).

Los hábitos de alimentación saludables ayudan a favorecer una buena calidad de vida, al igual que la actividad física, ya que ambas en conjunto ayudan a mejorar el nivel de lípidos en sangre, reducir la masa corporal, evita enfermedades como osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, cánceres, músculos y articulaciones más saludables, reduce la ansiedad y depresión, y se asocia a un menor número de hospitalizaciones, además, el no consumo de tabaco y alcohol, favorecen a una mejor salud a lo largo de la vida, por lo que se ha demostrado que los buenos hábitos de alimentación acompañados de buenos hábitos de vida como actividad física, no consumir alcohol, ni tabaco, puede ayudar a tener una alta calidad de vida a lo largo del tiempo (Gil, 2009). En el estudio no se encontró una relación significativa entre los hábitos de alimentación y los factores de riesgo como actividad física, consumo de alcohol y tabaco, sin embargo, existe evidencia científica de que los buenos hábitos de alimentación y los factores antes mencionados ayudan a favorecer una mejor calidad de vida.

En cuanto al nivel socioeconómico y los hábitos de alimentación, se ha observado que los hábitos alimentarios van a verse modificados de acuerdo con el acceso y nivel económico

con el que cuente una persona, ya que la economía afecta el patrón alimenticio de una persona, por ende, a menor nivel económico la calidad de hábitos de alimentación va a disminuir (Barriguete, et al, 2017). En el estudio no se evidencio una relación significativa entre hábitos de alimentación y nivel socioeconómico, sin embargo, existe evidencia científica que indica una relación dependiente entre los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico.

CAPITULO VI:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

La presente investigación tiene como objetivo principal identificar la relación entre el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, con los hábitos alimentarios y el nivel socioeconómico, en hombres y mujeres mayores de 25 años, mediante una encuesta, en la zona de Siquirres, Limón, Costa Rica. En la que se concluye que no hay una relación directa entre el nivel socioeconómico y el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad en la población, sin embargo, existe una relación entre el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad con los hábitos de alimentación.

En cuanto a las características sociodemográficas, se concluye que la población es mayoritariamente de sexo femenino y minoritariamente sexo masculino, con edades predominantes de 25 a 35 años, además, viven en estado civil casados y solteros y han cursado en su mayoría universidad completa.

Se concluye que el nivel socioeconómico de la muestra se encuentra en niveles medios.

Se concluye que los factores de riesgo para padecer enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad en la población son los malos hábitos de alimentación

En cuanto a los hábitos alimentarios, frecuencia de consumo, y hábitos de vida, se concluye que la población tiene buenos hábitos de alimentación en cuanto al disminuido consumo de azúcar, gaseosas, comidas rápidas, grasas, alimentos ultra procesados, además, utilizan aceite para cocinar y la mayor parte de sus comidas son caseras, sin embargo el consumo de sodio en la dieta es muy elevado y el consumo de vegetales, frutas, leguminosas y productos

integrales es muy bajo, por otra parte, los hábitos de vida son buenos, ya que no fuman y el consumo de licores es muy disminuido en la mayoría de la población en cuanto a cantidad y frecuencia de consumo, además, la mayor parte de la población realiza actividad física, sin embargo, la mayoría realiza menos de 150 minutos por semana.

En cuanto a la relación del nivel socioeconómico con el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad, se concluye que el nivel socioeconómico no tiene una relación directa con el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles.

En cuanto a la relación de los hábitos de alimentación y nivel socioeconómico con el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad se concluye que la categoría social en que se encuentre la población no tiene una relación con el riesgo de padecer enfermedades crónicas, sin embargo, los incorrectos hábitos de alimentación si tienen una relación significativa con éstas.

6.2 RECOMENDACIONES

Durante la investigación se plantean diversas recomendaciones para futuras investigaciones relacionadas con el tema de estudio.

1. Realizar una relación entre los antecedentes patológicos personales y los familiares para determinar si puede o no puede ser un factor de riesgo en la población.
2. Incluir una valoración de peso y talla para determinar el estado nutricional actual de la población, ya que la población puede auto percibir una imagen diferente al estado nutricional en el que se encuentra y sesgar el resultado del estudio, esto con el fin de brindar información más certera sobre si padecen o no de sobrepeso u obesidad.
3. Incluir un estudio del contenido de sodio y grasas saturadas que contienen los alimentos consumidos por la población, con el fin de determinar la cantidad de sodio y grasa saturada que consumen al día y poder relacionarlo como factor de riesgo para padecer enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad en la población.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso J. (2010) *La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica*. Chile: Gaceta Sanitaria. 14, p.163-7.
- Álvarez, L. Goez, J y Carreño, C. (2012) *Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza*. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá 11 (23): 98-110.
- Amigo H. (2013) *Obesidad en el niño de América Latina: situación, criterios de diagnóstico y desafíos*. CadSaúde pública, Río de Janeiro, 19 (Sup 1):
- Araya Quesada Y, Jiménez Robles A, Ivankovich Guillen C & García Barquero M. (2014). *Hábitos de consumo de embutidos en San Carlos y el área metropolitana de Costa Rica*. Recuperado de https://revistas.tec.ac.cr/index.php/tec_marcha/article/download/2091/1897/6176
- Ahumada Cortez JG, Gámez Medina ME & Valdez Montero C. (2017). *EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA*. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- Barrantes, R. (2012) *Investigación, un camino al conocimiento*. Costa Rica, Editorial EUNED
- Barriguet Meléndez JA, Vega S, Radilla Vásquez C, Barquera Cervera S, Hernández Nava L, Rojo Moreno L, Vásquez Chavez A & Murillo E. (2017). *Hábitos alimentarios, actividad física y estilos de vida en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán*. Recuperado de: https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2017_1_06._Vega_y_Leon__S._CONDUCTAS_ALIMENTARIAS_EN_ADOLESCENTES_DE_MICHOACAN.pdf
- Borgues, H. (2015) *Costumbres prácticas y hábitos alimentarios*. Cuadernos de Nutrición. Colombia: Editorial: Columbus.

- Benavidez Moraga M & Alpízar Herrera M. (2020). *Estudio de pre- factibilidad para los productores agremiados en Asoprolba de Heredia, que permita generar agregaciones de valor a la materia prima de la leche, mediante la industrialización y comercialización.* Recuperado de <http://repositorio.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/81492/Estudio%20de%20pre-factibilidad%20ASOPROLBA%20%20AGOSTO%202020%20con%20anexos%20%20y%20correcciones%20FD%20SEP%20V1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cabezas, R. (2010) *Prevalencia de obesidad infantil en Cantabria*. Tesis Doctoral. Universidad de Cantabria; Santander.
- Cabezas Zabala C, Hernández Torres B & Vargas Zarate M. (2015). Azúcares adicionados a los alimentos: efectos en la salud y regulación mundial. Revisión de la literatura. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n2/v64n2a17.pdf>
- Calvo Hernández O. (2013). Descripción y caracterización de la agrocadena de la leche, en el cantón de Puriscal, Costa Rica. Recuperado de <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/2493/1/35258.pdf>
- Cachiguango F & Fichamba D. (2021). *HÁBITOS ALIMENTARIOS COMO FACTOR DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT) DE LOS ADULTOS EN LA COMUNIDAD DE PEGUCHE, CANTÓN OTAVALO, 2020.* Recuperado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/11075/2/06%20NUT%20384%20TRABAJO%20GRADO.pdf>
- Castell R. (2012) *Enganchados a las pantallas. Televisión, videojuegos, internet y móviles, Guía para padres, educadores y usuarios*. España: Editorial El Planeta.
- Castro, I, Mora, S. y Castro, M. (2020) Estado nutricional y estilos de vida de los participantes de la feria de salud del Instituto Nacional de Aprendizaje de Costa Rica, 2019. *REV HISP CIENC SALUD*. 2020; 6 (1)

- Céspedes Vindas C, Flores Soto N, Guevara Villalobos D & Ubeda Carrasquilla L. (2017). Análisis de los hábitos alimentarios de un grupo de personas costarricenses de 15 a 65 años residentes en el área urbana durante el 2014 y 2015. Recuperado de <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/5696/1/41823.pdf>
- Devis, J. (2010). *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona: Inde
- Deossa G, Restrepo L & Velásquez J. (2017). “*Conocimientos y uso de sodio en la alimentación de los adultos de Medellín Colombia*”. DOI: 10.17533/udea.penh.v19n1a05
- Di Cesare M. (2019) Global trends of chronic non-communicable diseases risk factors. *Eur J Public Health..* 2019;29(4):185-96. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.196>
- Durán Agüero S, Torres García J & Sanhueza Catalán J. (2015). Aceites vegetales de uso frecuente en Sudamérica: características y propiedades. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309239661004.pdf>
- Dowler E. (2011) *Desigualdades en la dieta y actividad física*. Public Health and Nutrition
- Dynesén, A. (2013) *Diferencias sociodemográficas en los hábitos dietéticos descritos por las preguntas-resultados de frecuencia alimentaria de Dinamarca*. European Journal of Clinical Nutrition
- Fernández Carrasco, López M & Monserrat M. (2020). *Relación entre hábitos alimentarios y riesgo de desarrollar diabetes en universitarios mexicanos*. DOI: 10.12873/3943fernandez
- Gallegos J. (2018). *Hábitos alimentarios, nivel socioeconómico y su relación con el estado nutricional en la población adulta, hombres y mujeres de la provincia de Loja, cantón Gonzanamá, parroquia Nambacola, durante el periodo agosto 2017*. Recuperado de:

[http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15031/DISERTACI%
N%20CAROLINA%20GALLEGOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15031/DISERTACI%c3%93N%20CAROLINA%20GALLEGOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Gobernación del Cauca, Secretaría de Salud (2016) *Apúrale al paso: gánale a la diabetes. Colombia*. Recuperado de: <http://saludcauca.gov.co/254-apurale-al-paso-ganale-a-la-diabetes>

Gómez, G, Quesada, D. y Monge R. (2020) Perfil antropométrico y prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población urbana de Costa Rica entre los 20 y 65 años agrupados por sexo: resultados del Estudio Latino Americano de Nutrición y Salud. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000400017

González C, Díaz Y, Mendizabal A, Medina E, Morales J. (2014) *Prevalencia de obesidad y perfil lipídico alterado en jóvenes universitarios*. México. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000200010

Gómez Salas G, Quesada Quesada D & Chinnock A. (2020). Consumo de frutas y vegetales en la población urbana costarricense: resultados del estudio latinoamericano de nutrición y salud (ELANS)- Costa Rica. Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v18n1/1659-0201-psm-18-01-450.pdf>

Grosso G. (2019) Impact of nutritional risk factors on chronic non-communicable diseases. *Eur J Public Health*. 2019; 29(4):185-97. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.197>

Guevara D, Céspedes C, Flores N, Úbeda L, Chinnock A, Gómez G & ELANS. (2019). *“Hábitos alimentarios de la población urbana costarricense”*. Recuperado de: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v61n4/0001-6002-amc-61-04-152.pdf>

Hernández, M. (2020) Avances en promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*. Recuperado de: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v19n1/a09v19n1.pdf>

- Hernández, R., Fernández, C. Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación*. México. Sexta edición. Editorial McGRAW – HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO, S.A. de C.V.
- Hidalgo, K. (2012) Hábitos alimentarios saludables. Costa Rica. MEP
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). Estadísticas demográficas. 2011-2025. Proyecciones distritales. Población total por grupos de edades, según provincia, cantón, distrito y sexo, Recuperado de <http://www.inec.go.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2011). Indicadores Cantonales. Censos Nacionales de población y vivienda 2000 – 2011 Limón. Recuperado de <https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos/poblacion/estadisticas/resultados/repoblaccenso2011-07.pdf.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2014). Costa Rica a la luz del Censo 2011. Recuperado de https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/publicaciones/anpoblaccenso2011-01.pdf_2.pdf
- Jácome J. (2012) *Influencia de los hábitos alimentarios y la actividad física en la malnutrición de los trabajadores de la Aseguradora del Sur en el período febrero-julio 2012*: Pontificia Universidad Católica Del Ecuador.
- Lindner, K. (2019) Prevalence of Risk Factors for Chronic Non-Communicable Diseases in USA. *Eur J Public Health*. 2019;29(4):185-96. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.19>
- Morán, G. y Alvarado, D. (2014) *Métodos de investigación*. México. Segunda edición. PEARSON EDUCACIÓN
- Moreno J. (2013) *Hábitos Alimentarios y Actividad física y su relación con el sobrepeso y obesidad en los trabajadores de las estaciones de la terminal Marítimo Onshore y*

- Offshore de Esmeraldas de OCP*. (Tesis de Licenciatura en Nutrición Humana).
Quito: Pontifica Universidad Católica de Chile
- Municipalidad de Siquirres (2019) *Reseña histórica y datos generales del cantón de Siquirres*. Costa Rica: Recuperado de: <https://siquirres.go.cr/>
- Muñoz Rodríguez D, Arango Alzate C & Segura Cardona A. (2018). *Entornos y actividad física en enfermedades crónicas: más allá de factores asociados*. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.122>
- Muñoz, J. (2015). *Sobrepeso y obesidad. Pautas para la educación nutricional y actividad física en el tratamiento educativo. Respuestas a la demanda social de actividad física*. Madrid: Gymnos.
- Mora Calvo V. (2020). Caracterización regional de la región de desarrollo huetar caribe 2020. Recuperado de <https://www.mag.go.cr/regiones/rha/Caracteriazacion-regional.pdf>
- Montes N, Millar I, Provoste R, Martínez N, Fernández D, Morales G & Valenzuela R. (2015). Absorción de aceite en alimentos fritos. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v43n1/art13.pdf>
- Muñoz Rpdriíguez D, Arango Alzate C & Segura Cardona A. (2018). Entornos y actividad física en enfermedades crónicas: Más allá de factores asociados. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00183.pdf>
- Navia B. y Col M. (2013) *Influencia de la educación materna en la alimentación y la ingesta de energía y nutrientes en la familia*. International Journal of Vitamins Nutrition Research
- NG, M. Fleming, T. y Robinson, M. al et (2014) Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet Healthy Longevity*. Recuperado de:

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2814%2960460-8>

OMS. (2021). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización mundial de la Salud (2014) *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2017) *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles*. Recuperado de: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=prevencion-y-control-de-las-enfermedades-no-transmisibles&lang=es

Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). *Alimentos y bebidas ultra procesados en América Latina: ventas, fuentes perfil de nutrientes e implicaciones normativas*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51523/9789275320327_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pedron, M. (2009) *Nutrición y alimentación saludable*. España: Editorial Alambra.

Perugachi, I, Espín, C, y Folleco, J. (2020). *Consumo dietético como factor de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en adolescentes Imbabura y Carchi 2019*. Ecuador Recuperado de: DOI: 10.32645/13906984.989

- Pereira Chaves J y Salas Meléndez M. (2017). *Análisis de los hábitos alimenticios con estudiantes de décimo año de un Colegio Técnico en Pérez Zeledón basados en los temas transversales del programa de tercer ciclo de educación general básica de Costa Rica*. Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ree/v21n3/1409-4258-ree-21-03-00229.pdf>
- Reilly J. (2013) *Health consequences of obesity*. New York Archives of Disease in Childhood.
- Restrepo, L. y Amaya, M (2015) *Pedron México*: Editorial Trillas
- Rincón, C y Nieto, J. (11 julio, 2019). *Determinantes socioeconómicos y nutricionales del sobrepeso y la obesidad en la población adulta del departamento del Guaviare*. Colombia. Universidad de Santo Tomás.
- Rivera Alfaro R & Porras Solís A. (2018). *Población, empleo y pobreza en los territorios rurales de Costa Rica*. Recuperado de: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-24662018000200059
- Robledo Martínez R & Escobar Díaz F. (2010). *Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia*. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/download/17968/18857>
- Rodríguez, P. (2010) *Métodos de Investigación*. México, Editorial Sinaloa
- Rojas, L. (2008) *Metodología de la investigación cuantitativa*. Argentina: Editorial Paidós.
- Saz, P., Gálvez, J. Ortiz, M. Saz, S. (2011) Ejercicio Físico. *Revista Medicina Naturista*. Vol. 5 - N.º 1: 18-23 I.S.S.N.: 1576-3080
- Serra, M. (2016). *Las enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada actual ante el reto*. Cuba: Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2221-24342016000200009&script=sci_arttext&tlng=en

- Schmidt, M, Watson, R. y Duncan, B. (2017) Obesity and its association with other non-transmitted chronic diseases, *American Journal of Public Health Research*, . vol. 5, (6): 174-180. DOI: 10.12691/ajphr-5-6-2
- Sorli-Gerola, L. (2015) *Health-related quality of life of severely obese children and adolescents*. USA: Journal of the American Medical Association
- Solís Jimenes Y & Monge Acuña T. (2018). *CONSUMO DE TABACO EN COSTA RICA, RELACIÓN CON MÚLTIPLES PATOLOGÍAS E IMPORTANCIA DE LA CESACIÓN DE FUMADO*. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162p.pdf>
- Universidad de Costa Rica (UCR). (2012). *Estudio sobre patrones de consumo de bebidas alcohólicas en Costa Rica*. Recuperado de http://educalcoholcr.org/files/program/33_patronesdeconsumodebebidasalcoholicasencostaricaeducalcoholucr.pdf
- Ureña E. (2020). *Importancia de los tiempos de comida en niños y adolescentes*. Recuperado de <http://nutricionparavivirmejor.ucr.ac.cr/index.php/blog/152-importancia-de-los-tiempos-de-comida-en-ninos-y-adolescentes>
- United Nations System Standing Committee on Nutrition (UNSCN). (2018). *Enfermedades no transmisibles, dietas y nutrición*. Recuperado de: <https://www.unscn.org/uploads/web/news/document/NCDs-brief-SP-WEB-ok.pdf>
- Tapia, M. (2015) *Metodología de Investigación*. Chile. Recuperado de: <http://www.angelfire.com/emo/tomaustin/Met/metinacap.htm>
- Temporelli K y Viego V. (2016). *Condicionantes socioeconómicos y obesidad en adultos: evidencia basada en regresiones por cuantiles y datos de panel*. Colombia. *Rev. salud pública* Recuperado de: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n4.35480>
- Verdú J. (2014) *Tratado de Nutrición y Alimentación*. Nueva Edición Ampliada. Barcelona: Océano

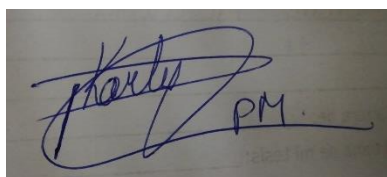
Zambrano G, Otero y Rodríguez S. (2015). *Factores de riesgo relacionados con la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes*. Recuperado de: DOI: <https://doi.org/10.22463/17949831.510>

ANEXOS

Anexo 1. Declaración jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo Karlissa Pereira Marchena, cédula de identidad 702710595, en condición de egresado de la carrera de Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley siga el falso testimonio y el perjuicio, 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 entre el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, con los hábitos alimentarios y el nivel socioeconómico, en adultos mayores de 25 años, en la zona de Siquirres, Limón, Costa Rica, 2021*, 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 número 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 Siquirres, Limón, Costa Rica, el 17 de octubre del 2021.



Karlissa Pereira Marchena

Anexo 2. Carta del tutor

CARTA DEL TUTOR

San José, 19 de agosto de 2021.

Srta
Carolina Brenes.
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana

Estimado Carolina:

La estudiante **KARLISSA PEREIRA MARCHENA**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, del trabajo de investigación denominado **"RELACIÓN ENTRE EL RIESGO DE PADECER SOBREPESO, OBESIDAD Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, CON LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO, EN ADULTOS MAYORES DE 25 AÑOS, EN LA ZONA DE SIQUIRRES, LIMÓN, COSTA RICA, 2021"**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición.

En mi calidad de tutor, 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%	9
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	30%	25
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL		90

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

Atentamente,

Dra. Paola Ortiz Acosta
801070272
CPN 661-10

Anexo 3. Carta del lector

San José, 18 de noviembre de 2021

Señores

Comisión de Revisión de Tesis

Universidad Hispanoamericana

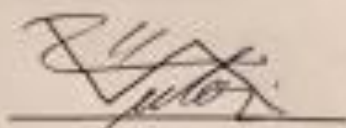
S.D.

Estimados Señores:

Por este medio hago constar, en mi calidad de lector de la carrera de Nutrición, que he revisado en forma detallada el documento bajo el formato de Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición de la estudiante **Karlissa Pereira Marchena**, cédula de identidad 7 0271 0595, titulado "Relación entre el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, con los hábitos alimentarios y el nivel socioeconómico, en adultos mayores de 25 años, en la zona de Siquirres, Limón, Costa Rica, 2021".

El documento cuenta con las características y condiciones de una modalidad de graduación, razón por la cual lo doy por aprobado, dando el visto bueno para continuar con las siguientes fases

Atentamente



Lector

Dr. Víctor Rodríguez Arias

Nutricionista

Anexo 5. Instrumento de recolección de datos

RELACIÓN ENTRE EL RIESGO DE PADECER SOBREPESO, OBESIDAD Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, CON LOS HáBITOS DE ALIMENTACIÓN Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO, EN HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS, EN LA ZONA DE SIQUIRRES, LIMÓN, COSTA RICA.

Nombre del investigador: Karlissa Pereira Marchena

Universidad Hispanoamericana

Carrera: Nutrición

A: PRÓPOSITO DE LA INVESTIGACIÓN

La estudiante Karlissa Pereira Marchena, de la carrera de licenciatura en nutrición humana, realiza una investigación con el propósito de relacionar el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, con los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico, en hombres y mujeres mayores de 25 años, en la zona de Siquirres, Limón, Costa Rica, durante el primer cuatrimestre del 2021.

B: ¿QUÉ SE HARÁ?

1. Se realizará un cuestionario virtual conformado por 58 preguntas sobre: datos sociodemográficos, hábitos alimentarios y datos socioeconómicos
2. Los participantes deben ser residentes actuales del distrito de Siquirres, tener acceso a internet y no tener ninguna discapacidad física o mental
3. Si la persona está dispuesta a participar, debe comprometerse a responder las preguntas y saber que su información será utilizada únicamente para la investigación

C: RIESGOS

No existen riesgos asociados, sin embargo, el o la participante puede sentir incomodidad, ya que se le solicitan datos personales y muy específicos.

D: BENEFICIOS

Su participación en esta encuesta no le deparará ningún beneficio más que contribuir a mejorar el conocimiento actual sobre la relación entre el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, con los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico

E: Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con el investigador Karlissa Pereira Marchena, quien debió haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Para contactar al investigador debe llamar o escribir al 88148205.

F: Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o interrumpir su participación en cualquier momento

G: Su participación en este estudio es confidencial, por lo que, en caso de publicarse los resultados de la investigación, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes.

H: No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO. He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula antes de firmar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas de manera adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación

() sí, estoy de acuerdo

() No estoy de acuerdo

Nombre y cedula del participante

Instrucciones:

- a) Con el fin de obtener información, el cuestionario debe ser enviado de manera completa
- b) Favor leer cuidadosamente y contestar las preguntas según lo que se le solicita. Recuerde que el cuestionario es de carácter confidencial y se aplica únicamente con fines académicos.

Datos sociodemográficos

1. Sexo

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ prefiero no decirlo

2. Edad

- ☐ 25 – 35 años
- ☐ 36 – 46 años
- ☐ 47- 57 años
- ☐ 58- 68 años
- ☐ 69- 79 años
- ☐ 80- 90 años
- ☐ más de 90 años

3. Estado civil

- ☐ casado
- ☐ viudo
- ☐ divorciado
- ☐ unión libre
- ☐ soltero

4. ¿Cuál es su último nivel académico aprobado?

- ☐ primaria incompleta
- ☐ primaria completa
- ☐ secundaria incompleta
- ☐ secundaria completa
- ☐ técnico
- ☐ Universidad completa
- ☐ Universidad incompleta

Datos socioeconómicos

5. Cantidad de personas por edad que viven en el hogar

Categoría de edad	Cantidad de personas					
	Ninguno	1	2	3	4	Más de 4
Menor a 18 años						
Entre 18 y 64 años						
Mayor a 64 años						

6. ¿Actualmente recibe algún ingreso económico fijo?

- ☐ sí
- ☐ no

7. ¿De dónde proviene el mayor ingreso económico?

- ☐ beca

- ☐ trabajo
 - ☐ pensión
 - ☐ ayudas institucionales
8. ¿ A qué se dedica actualmente?
-
- ☐ Estudiante
 - ☐ Docente
 - ☐ Área de salud (doctor, enfermero, psicólogo, etc)
 - ☐ Misceláneo
 - ☐ Guarda de seguridad
 - ☐ Peón agrícola (bananera, piñera, etc)
 - ☐ Área administrativa
 - ☐ Gerente
 - ☐ Vendedor
 - ☐ Otro
-
9. ¿ De cuánto es el ingreso económico en el hogar al mes?
- ☐ menos de 100 mil colones
 - ☐ Entre 100 mil y 250 mil colones
 - ☐ Entre 251 mil y 500 mil colones
 - ☐ Entre 501 mil y 750 mil colones
 - ☐ Entre 751 mil y 1 millón colones
 - ☐ Entre 1001 000 millones y 1250 000 millones colones
 - ☐ Entre 1251 000 millones y 1500 000 millones colones
 - ☐ Entre 1501 000 millones y 2 millones colones
 - ☐ Más de 2 millones colones
10. ¿ Cuántas personas aportan económicamente en el hogar?
- ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ más de 4
11. Suma de dinero destinado a la compra mensual de alimentos
- ☐ menos de 50 mil
 - ☐ entre 50 mil y 100 mil
 - ☐ entre 101 mil y 150 mil
 - ☐ 151 mil y 200 mil
 - ☐ 201 mil y 250 mil
 - ☐ más de 250 mil

Encuesta para medir nivel socioeconómico del Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador

12. ¿Cómo es su tipo de vivienda?
- ☐ Casa (59 pts)
 - ☐ Departamento (59 pts)
 - ☐ Cuarto alquilado (59 pts)
 - ☐ Rancho (4 pts)
 - ☐ Choza (0 pts)
13. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:
- ☐ Cemento (59 pts)
 - ☐ Ladrillo (55 pts)

- ☐ Prefabricada (47 pts)
 - ☐ Madera (17 pts)
 - ☐ Otros materiales (0 pts)
14. El material predominante del piso de la vivienda es de:
- ☐ Piso laminado (48 pts)
 - ☐ Cerámica (46 pts)
 - ☐ Cemento (34 pts)
 - ☐ Tabla (32 pts)
 - ☐ Tierra (0 pts)
15. ¿Cuántos cuartos de baño y ducha de uso exclusivos tiene en su hogar?
- ☐ Tiene 3 o mas cuartos de baño con ducha exclusivos (32 pts)
 - ☐ Tiene 2 o mas cuartos de baño con ducha exclusivos (24 pts)
 - ☐ Tiene 1 o mas cuartos de baño con ducha exclusivos (12 pts)
 - ☐ No tiene cuartos de baño con ducha exclusivos (0 pts)
16. El tipo de servicio higiénico con el que cuenta la vivienda es:
- ☐ Conectado a res publica de alcantarillado (38 pts)
 - ☐ Conectado a un pozo séptico (22 pts)
 - ☐ Conectado a un pozo ciego (18 pts)
 - ☐ Con descarga directa al río, lago o quebrada (18 pts)
 - ☐ Letrina (15 pts)
17. ¿Cuenta con servicio de internet en su hogar?
- ☐ Sí (45 pts)
 - ☐ No (0 pts)
18. ¿Tiene computadora de escritorio en su vivienda?
- ☐ Sí (35 pts)
 - ☐ No (0pts)
19. ¿Tiene computadora portátil en su vivienda?
- ☐ Sí (39 pts)
 - ☐ No (0pts)
20. ¿Cuántos celulares activados tienen en su vivienda?
- ☐ 4 o más celulares (42 pts)
 - ☐ 3 celulares (32 pts)
 - ☐ 2 celulares (22 pts)
 - ☐ 1 celular (8 pts)
 - ☐ No hay celulares en el hogar (0 pts)
21. ¿Cuenta con servicio de teléfono convencional en su hogar?
- ☐ Sí (19 pts)
 - ☐ No (0 pts)
22. ¿Tiene en su hogar cocina con horno?
- ☐ Sí (29 pts)
 - ☐ No (0 pts)
23. ¿Tiene en su hogar refrigeradora?
- ☐ Sí (30 pts)
 - ☐ No (0 pts)
24. ¿Tiene en su hogar lavadora para ropa?
- ☐ Sí (18 pts)
 - ☐ No (0 pts)
25. ¿Tiene en su hogar equipo de sonido?
- ☐ Sí (18 pts)
 - ☐ No (0 pts)

26. ¿Cuántos televisores a color tienen en su hogar?
- ☐ 3 o más (34 pts)
 - ☐ 2 tv (23 pts)
 - ☐ 1 tv (9 pts)
 - ☐ No hay (0 pts)
27. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo hay en su hogar?
- ☐ 3 o más (15 pts)
 - ☐ 2 vehículos (11 pts)
 - ☐ 1 vehículo (6 pts)
 - ☐ No hay vehículos (0pts)
28. ¿En su hogar alguien compra vestimenta en centros comerciales?
- ☐ Sí (6 pts)
 - ☐ No (0 pts)
29. ¿ En su hogar alguien cuenta con plan de internet post pago?
- ☐ Sí (26 pts)
 - ☐ No (0 pts)
30. ¿En su hogar alguien utiliza correo electrónico que no es de trabajo
- ☐ Sí (27 pts)
 - ☐ No (0 pts)
31. ¿En su hogar alguien está registrado en una red social?
- ☐ Sí(28 pts)
 - ☐ No (0 pts)
32. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio, lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos tres meses?
- ☐ Sí (12 pts)
 - ☐ No (0 pts)
33. ¿Cuál es el nivel educativo del jefe (a) de hogar?
- ☐ Maestría (171 pts)
 - ☐ Licenciatura (127 pts)
 - ☐ Bachiller universitario (91 pts)
 - ☐ Secundaria completa (65 pts)
 - ☐ Secundaria incompleta (41 pts)
 - ☐ Primaria completa (39 pts)
 - ☐ Primaria incompleta (21 pts)
 - ☐ Sin estudios (0 pts)
34. ¿En su hogar alguien se encuentra asegurado por la CCSS?
- ☐ Sí (39 pts)
 - ☐ No (0 pts)
35. ¿En su hogar alguien cuenta con seguro de salud privado?
- ☐ Sí (55 pts)
 - ☐ No (0 pts)
36. ¿Cuál es el tipo de ocupación del jefe (a) de hogar?
- ☐ Personal directivo (76 pts)
 - ☐ Profesional universitario (69 pts)
 - ☐ Técnico (46 pts)
 - ☐ Colaborador de oficina (31 pts)
 - ☐ Trabajador del área de servicios y comercio (18 pts)
 - ☐ Oficial (17 pts)
 - ☐ Operario de instalaciones y máquinas (17 pts)
 - ☐ Desempleado (14 pts)

() Inactivo (17 pts)

	Puntaje final	Clasificación
Suma total		

Grupo socioeconómico	Umbral
A (alto)	845,1 – 1000 puntos
B (medio alto)	696,1 – 845 puntos
C+ (medio típico)	535,1 – 696 puntos
C- (medio bajo)	316,1 – 535 puntos
D (bajo)	0 – 316 puntos

Hábitos alimentarios

37. ¿Cuáles tiempos de comida realiza la mayoría del tiempo?

Tiempo de comida	Siempre o casi siempre (3 pts c/u)	Algunas veces (2 pts c/u)	Nunca o casi nunca (1 pts c/u)
Desayuno			
Merienda en la mañana			
Almuerzo			
Merienda de la tarde			
Cena			
Merienda nocturna			

38. ¿Dónde realiza el mayor tiempo de sus comidas?

- () casa
- () comedor del trabajo
- () soda
- () restaurantes de comida rápida (pizza, hamburguesa, papas, arroz frito)

39. ¿Quién prepara los alimentos normalmente en el hogar?

- () yo mismo/a
- () Algún miembro de la familia
- () alguien externo a la familia
- () otro

40. ¿Con qué endulza sus bebidas?

- () azúcar moreno o blanca, tapa de dulce, miel etc (1 pts)
- () Sustituto no calórico (splenda, Stevia, natuvia, sucralosa) (2 pts)
- () no endulzo (3 pts)

41. Si su respuesta anterior fue con azúcar o similares, responda a esta pregunta, de no ser así pase a la pregunta 42. ¿Cuánto de azúcar, tapa de dulce o miel agrega a las bebidas?

- () menos de una cucharadita
- () 1 cucharadita
- () 2 cucharaditas
- () 3 cucharaditas
- () más de 3 cucharaditas

42. ¿Agrega sal, consomé, sazónador a la comida una vez servida en el plato?

- () sí (0pts)
- () no (1 pts)

43. ¿Utiliza salsa inglesa, salsa rosada, salsa de tomate, mayonesa, aderezos para ensaladas (miel mostaza, aderezo César, ranch) a los siguientes alimentos?

Alimento	Sí (0pts c/u)	No (1pts c/u)
Ensaladas		
Arroz		
Pollo		
Carne de res		
Carne de cerdo		
Vegetales (chayote, zanahoria)		

44. ¿Cuántos vasos de líquido consume al día?

Bebida	1-2 vasos al día	3- 4 vasos al día	5- 6 vasos al día	7-8 vasos al día	Más de 8 vasos al día
Agua pura					
Agua saborizada					
Tés					
Café					
Jugos naturales					
Jugos procesados (de caja)					
Refrescos (tropical, etc)					
Gaseosas					

Puntuación de frecuencia de bebidas

Bebida	Puntos
Agua pura	1 punto 1 a 2 vasos 2 puntos 3 a 4 vasos 3 puntos 5 a 6 vasos 4 puntos 7 a 8 vasos 5 puntos más de 8 vasos
Agua saborizada	1 punto 1 a 2 vasos 2 puntos 3 a 4 vasos 3 puntos 5 a 6 vasos 4 puntos 7 a 8 vasos 5 puntos más de 8 vasos
Tés	1 punto 1 a 2 vasos 2 puntos 3 a 4 vasos 3 puntos 5 a 6 vasos 4 puntos 7 a 8 vasos 5 puntos más de 8 vasos
Café	1 punto más de 8 vasos 2 puntos 7 a 8 vasos 3 puntos 5 a 6 vasos 4 puntos 3 a 4 vasos 5 puntos 1 a 2 vasos
Jugos naturales	1 punto más de 8 vasos 2 puntos 7 a 8 vasos

	3 puntos 5 a 6 vasos 4 puntos 3 a 4 vasos 5 puntos 1 a 2 vasos
Jugos procesados	1 punto más de 8 vasos 2 puntos 7 a 8 vasos 3 puntos 5 a 6 vasos 4 puntos 3 a 4 vasos 5 puntos 1 a 2 vasos
Refrescos	1 punto más de 8 vasos 2 puntos 7 a 8 vasos 3 puntos 5 a 6 vasos 4 puntos 3 a 4 vasos 5 puntos 1 a 2 vasos
Gaseosas	1 punto más de 8 vasos 2 puntos 7 a 8 vasos 3 puntos 5 a 6 vasos 4 puntos 3 a 4 vasos 5 puntos 1 a 2 vasos

45. ¿Qué tipo de grasa utiliza con mayor frecuencia para la cocción de sus alimentos?

- () mantequilla (origen animal, sólida en refrigeración) **(2 puntos)**
 () margarina (origen vegetal, semi sólida en refrigeración) **(3 puntos)**
 () manteca vegetal **(1 punto)**
 () manteca de cerdo **(0 puntos)**
 () aceite vegetal **(4 puntos)**
 () aceite en spray **(5 puntos)**
 () otro **(0 puntos)**
 () no utilizo **(6 puntos)**

46. Indique que tipo de preparación utiliza con mayor frecuencia en los siguientes alimentos

Alimento	Hervido	A la plancha	Frito	Asado	Ahumado	Microondas	Freido a aire	Cru do	No consumo
Pollo									
Pescado									
Huevo									
Carne									
Papas									
Plátano									
Zanahoria									
Chayote									
Coliflor									
Zucchini									

Puntuación del tipo de cocción más utilizado

Tipo de cocción	Puntos
Hervido	9 puntos
A la plancha	8 puntos
Frito	1 punto
Asado	6 puntos
Ahumado	3 puntos

Microondas	2 puntos
Freidora de aire	7 puntos
Crudo	4 puntos
No consumo	0 puntos

Frecuencia de consumo

A continuación, se mencionará una serie de grupos de alimentos, se le solicita que marque la casilla según la cantidad de veces que consume los alimentos indicados.

Alimento	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)	Algunas veces al mes (1- 3 veces)	Algunas veces a la semana (1-4 días a la semana)	Siempre o casi siempre (5-7 días)
Verduras harinosas				
Papa				
Yuca				
Plátano				
Ñampí				
Ñame				
Tiquisque				
Camote				
Verduras no harinosas				
Chayote				
Zanahoria				
Lechuga				
Tomate				
Zuquini				
Espinaca				
Pepino				
Frutas				
Banano				
Sandia				
Papaya				
Melón				
Piña				
Fresas				
Manzana				
Uva				
Naranja				
Mandarina				
Kiwi				
Mango				
Leguminosas				
Frijoles				
Garbanzos				
Lentejas				
Granos y harinas				
Arroz blanco				
Tortilla				
Pan blanco				
Pastas (fideos)				
Arroz integral				
Tortilla integral				

Pan integral				
Pasta integral				
Carnes				
Huevo				
Res				
Pollo				
Cerdo				
Pescado				
Mariscos enlatados				
Atún				
Sardina				
Lácteos				
Leche descremada				
Leche semidescremada				
Leche entera				
Yogurt descremado				
Yogurt semidescremado				
Yogurt entero				
Quesos				
Queso mozzarella				
Queso amarillo				
Queso Turrialba				
Embutidos				
Chorizo				
Salchichón				
Salchicha				
Tocineta				
Salami				
Jamón				
Mortadela				
Grasas				
Natilla				
Queso crema				
Mantequilla				
Manteca				
Mayonesa				
Salsa rosada				
Aderezos				
Semillas (maní, nueces, almendras, marañón, pistacho)				
Comida rápida				
Hamburguesas				
Salchipapas				
Papas fritas				
Nachos				
Tacos				
Burritos				

Hot dogs				
Pizza				
Pollo frito				
Nuggets				
Arroz frito (cantones, etc)				
Snacks (papas tostadas, Lays, pringless, zibas, plátanos fritos, yuquitas)				
Otros				
Galleta con relleno				
Golosinas (confites, chocolates, gomitas, malvaviscos, etc)				
Miel				
Sirope				
Jalea				
Repostería (queques, donas, empanadas, rollos de canela, pan dulce, cachos, etc)				
Bebidas envasadas (gaseosas, tropical, Hi-C, Jumex, Kern's, etc)				
Licores (ron, cerveza, vodka, ginebra, vino, whisky, etc)				

Puntuación por grupo de alimentos

Grupo de alimentos	Puntos
Verduras harinosas	1 punto nunca 2 puntos algunas veces al mes 3 puntos algunas veces a la semana 4 siempre
Verduras no harinosas	1 punto nunca 2 puntos algunas veces al mes 3 puntos algunas veces a la semana 4 siempre
Frutas	1 punto nunca

	2 puntos algunas veces al mes 3 puntos algunas veces a la semana 4 siempre
Leguminosas	1 punto nunca 2 puntos algunas veces al mes 3 puntos algunas veces a la semana 4 siempre
Granos y harinas	1 punto nunca 2 puntos algunas veces al mes 3 puntos algunas veces a la semana 4 siempre
Carnes	1 punto nunca 2 puntos algunas veces al mes 3 puntos algunas veces a la semana 4 siempre
Lácteos	1 punto nunca 2 puntos algunas veces al mes 3 puntos algunas veces a la semana 4 siempre
Quesos (altos en grasa)	4 punto nunca 3 puntos algunas veces al mes 2 puntos algunas veces a la semana 1 siempre
Embutidos	4 punto nunca 3 puntos algunas veces al mes 2 puntos algunas veces a la semana 1 siempre
Grasas	4 punto nunca 3 puntos algunas veces al mes 2 puntos algunas veces a la semana 1 siempre
Semillas	1 punto nunca 2 puntos algunas veces al mes 3 puntos algunas veces a la semana 4 siempre
Comida rápida	4 punto nunca 3 puntos algunas veces al mes

	2 puntos algunas veces a la semana 1 siempre
Otros	4 punto nunca 3 puntos algunas veces al mes 2 puntos algunas veces a la semana 1 siempre

Escala de puntuación para hábitos de alimentos

Categoría	Rangos
Bueno	90- 135 puntos
Regular	43- 89 puntos
Malo	0-42 puntos

Hábitos de vida

47. ¿Realiza ejercicio físico como correr, caminar, gimnasio, etc?
☐ sí
☐ no
48. ¿Cuánto tiempo de ejercicio físico realiza a la semana?
☐ Menos de 150 minutos por semana (sedentario)
☐ Entre 150 y 300 minutos por semana (moderado)
☐ más de 300 minutos por semana (activo)
49. ¿Qué tipo de ejercicio físico realiza?
☐ pesas (gimnasio)
☐ funcionales
☐ boxeo
☐ cardio dance
☐ bicicleta
☐ correr
☐ caminatas
☐ Otro
☐ ninguno
50. ¿Ha visitado algún nutricionista?
☐ sí
☐ no
51. ¿Fuma tabaco?
☐ sí
☐ no
52. Si su respuesta fue sí, responda esta pregunta, si su respuesta fue no, proceda a la siguiente pregunta. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
☐ 1- 2
☐ 3-4
☐ 5- 6
☐ 7- 8
☐ más de 8
53. ¿Toma bebidas alcohólicas?

() sí

() no

54. Si su respuesta fue sí, responda esta pregunta. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume por ocasión?

() 1- 2

() 3-4

() 5- 6

() 7- 8

() más de 8

55. ¿Cada cuánto consume bebidas alcohólicas?

() todos los días

() 1-2 veces por semana

() 3-4 veces por semana

() 5 -6 veces por semana

() 1-2 vez al mes

() 3-4 veces al mes

() Casi nunca

() Nunca

Escala de consumo de alcohol

Categoría	Cantidad
Alto	5 a 8 bebidas alcohólicas
Regular	3 a 4 bebidas alcohólicas
Bajo	1 a 2 bebidas alcohólicas

Estado de salud

56. Si padece de alguna enfermedad marque la opción.

Enfermedad	Si	No
Diabetes		
Presión alta		
Colesterol y triglicéridos altos		
Enfermedades del corazón		
Asma		
Obesidad		
Sobrepeso		
Cáncer		

57. ¿Algún familiar cercano (padres, abuelos, hermanos, tíos) padece de alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedad	Si	No
Diabetes		
Presión alta		
Colesterol y triglicéridos altos		
Enfermedades del corazón		
Asma		
Obesidad		
Sobrepeso		
Cáncer		

Escala de riesgo genético

Riesgo	Cantidad de enfermedades
Alto	6 a 8 enfermedades
Medio	3 a 5 enfermedades
Bajo	0 a 2 enfermedades

Muchas gracias por su participación

Anexo 6. Resultados del plan piloto

A continuación, se detallan los resultados obtenidos por el plan piloto realizado a una muestra de 89 personas con edades mayores de 25 años en el cantón de Siquirres

Datos sociodemográficos

Tabla 24 Género y edad de los hombres y mujeres participantes del plan piloto en el cantón de Siquirres en el año 2021

Sexo y rango de edad	n	%		n	%		n	%
Mujer			Hombre				No responde	
25 – 35 años	3	37	25 – 35 años	1	100			
36 – 46 años	2	25	36 – 46 años	0	0		1	100
47 - 57 años	1	13	47 - 57 años	0	0			
58 - 68 años	2	25	58 - 68 años	0	0			
Totales	8	100		1	100		1	100

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

La tabla anterior muestra la cantidad de mujeres y hombres que participaron en el plan piloto, así como los rangos de edad. De la población total que participó en el plan piloto se observa que el 80% son mujeres, el 10% son hombres y un 10% prefirió no decir su género. Del 100% de las mujeres que participaron en el plan piloto se observa que el 37% corresponde al rango de edad de 25 a 35 años siendo este el rango con mayor porcentaje, seguido de un 25% que corresponde a las edades de 36 a 46 años y un 25% que corresponde al rango de 58 a 68 años, finalmente se observa que el 13% de las mujeres corresponde a edades entre 47 a 57 años siendo este último el rango con menor porcentaje. Por otra parte, se observa que del 100% de los hombres que participaron en el plan piloto corresponden a edades entre 25 a 35 años

siendo este rango el 100% de los hombres. Finalmente se observa que del 100% de los participantes que no indicaron su género el 100% pertenece a edades entre 47 y 57 años.

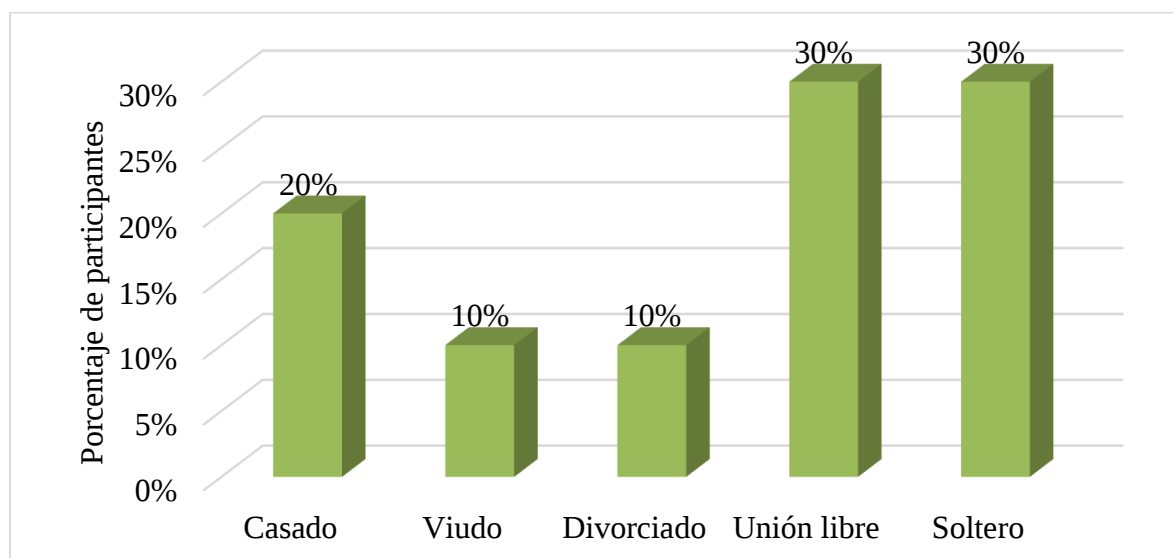


Ilustración 22 Hombres y mujeres participantes del plan piloto según estado civil, cantón de Siquirres, durante el 2021.

La figura muestra que la mayor parte de los participantes son solteros o viven en unión libre con un 30% cada uno, seguido del 20% de participantes casados, 10% de participantes viudos y 10% de participantes divorciados.

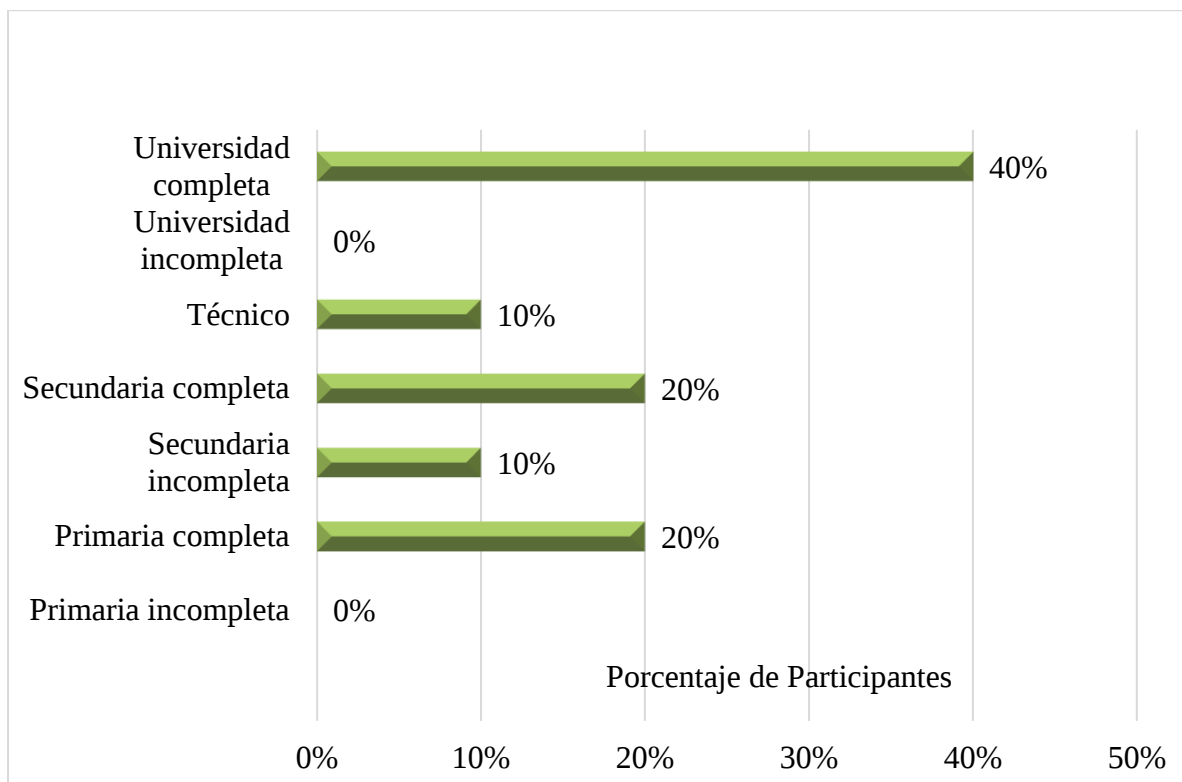


Ilustración 23 Grado de escolaridad de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres, durante el año 2021.

De la figura anterior se observa que de los encuestados un 40%, han concluido una carrera universitaria completa siendo este el mayor porcentaje, seguidos por los que tienen la primaria y secundaria completa con un 20% en cada rubro, seguido de técnicos y secundaria incompleta con un 10% en cada rubro siendo estos la minoría.

Datos socioeconómicos

Con respecto a las preguntas relacionadas con los datos socioeconómicos se obtienen los siguientes resultados

Tabla 25 Cantidad de personas que viven en el hogar según la edad.

Categoría de edad	Cantidad de personas											
	Ninguno		1		2		3		4		Más de 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menor a 18 años	2	20	2	20	3	30	2	$\frac{2}{0}$	0	0	1	10
Entre 18 y 64 años	0	0	0	0	5	50	4	$\frac{4}{0}$	0	0	1	10
Mayor a 64 años	6	60	2	20	1	10	0	0	0	0	1	10

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

De acuerdo con la información recopilada en la tabla anterior, podemos observar que en el rango menores a 18 años un 30% de los participantes indicó vivir con 2 personas dentro de este rango de edad, siendo este el mayor porcentaje en este rango etario, seguido de un 20% que vive con 3 personas en este mismo rango, un 20% indicó vivir con 1 persona dentro de este rango, un 20% que indicó no vivir con personas menores de 18 años y un 10% que indicó vivir con más de 4 personas en este rango de edad. En el siguiente rango de edad tenemos entre 18 y 64 años en el cual el porcentaje predominante es un 50% que indicó vivir con 2 personas dentro de este rango, seguido de un 40% que indicó vivir con 3 personas en el mismo rango, y por último un 10% que indicó vivir con más de 4 personas dentro de este rango. En el último rango etario tenemos a los mayores de 64 años, el cual se desglosa de la siguiente manera: un 60% indicó no vivir con ninguna persona dentro de este rango de edad, un 20% indicó vivir al menos con 1 persona en este rango, seguido de un 10% que indicó vivir con al menos 2 personas mayores de 64 años y por último un 10% que indicó vivir con más de 4 personas mayores a 64 años.

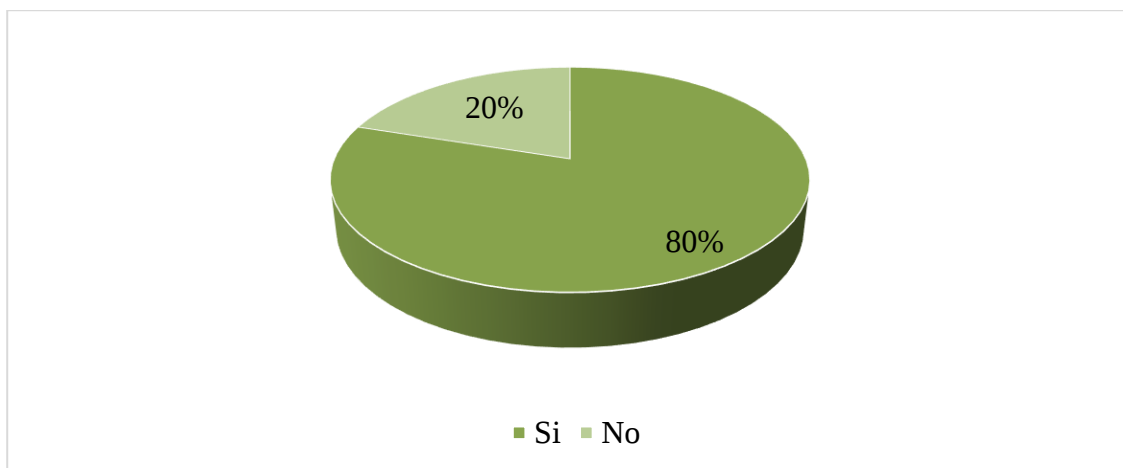


Ilustración 24 Recepción de ingresos económicos de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres 2021.

En la figura anterior se observa, que el 80% de los participantes en el plan piloto reciben ingresos económicos, el 20% restante no perciben ingresos personales de ningún tipo ya que viven con los padres.

.

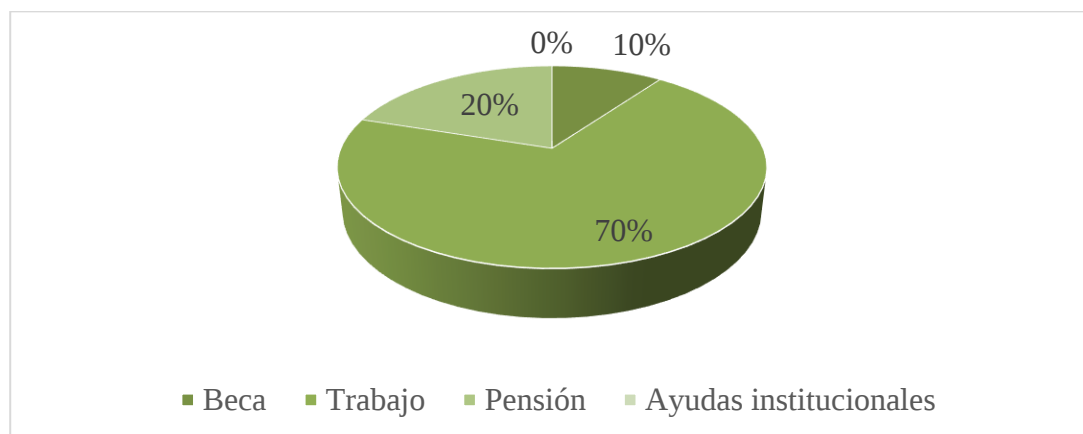


Ilustración 25 Procedencia del ingreso económico de los hombres y mujeres participantes en el plan piloto, cantón de Siquirres, 2021.

De la información recopilada se desprende que el 70% de los ingresos de los participantes proviene de su trabajo, 20% de pensión y 10% de becas.

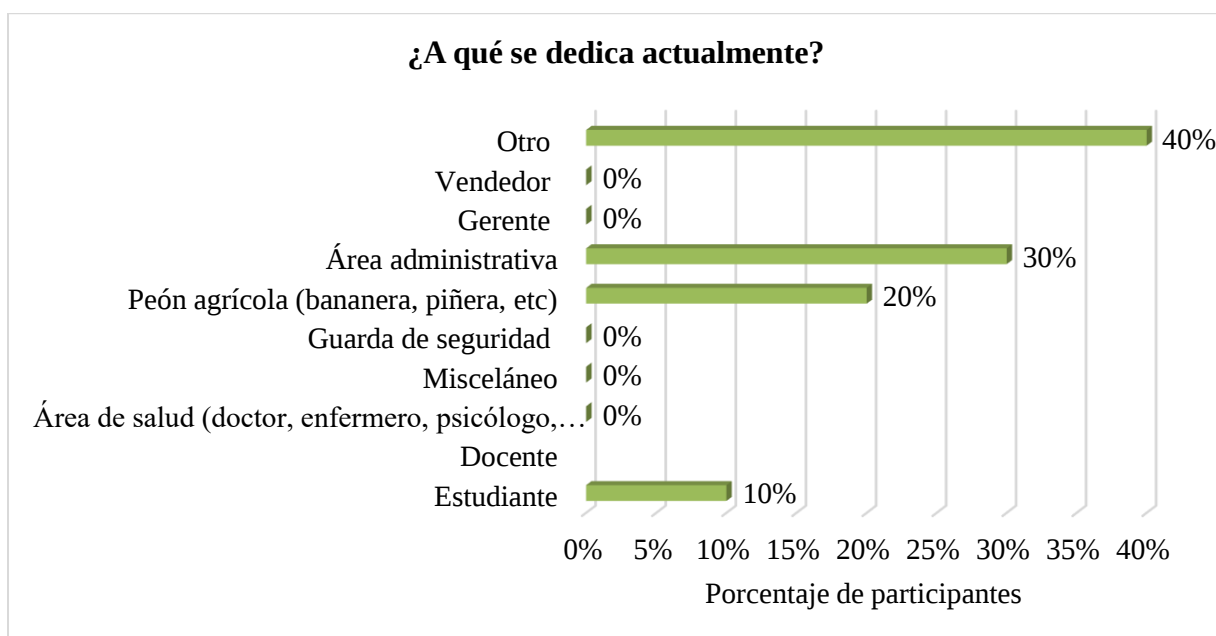


Ilustración 26 Actividades laborales de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres, durante el 2021.

Del gráfico se desprende que el 30% de los participantes trabajan en áreas administrativas, 20% son peones agrícolas, 10% estudiantes y el 40% se dedican a otras actividades.

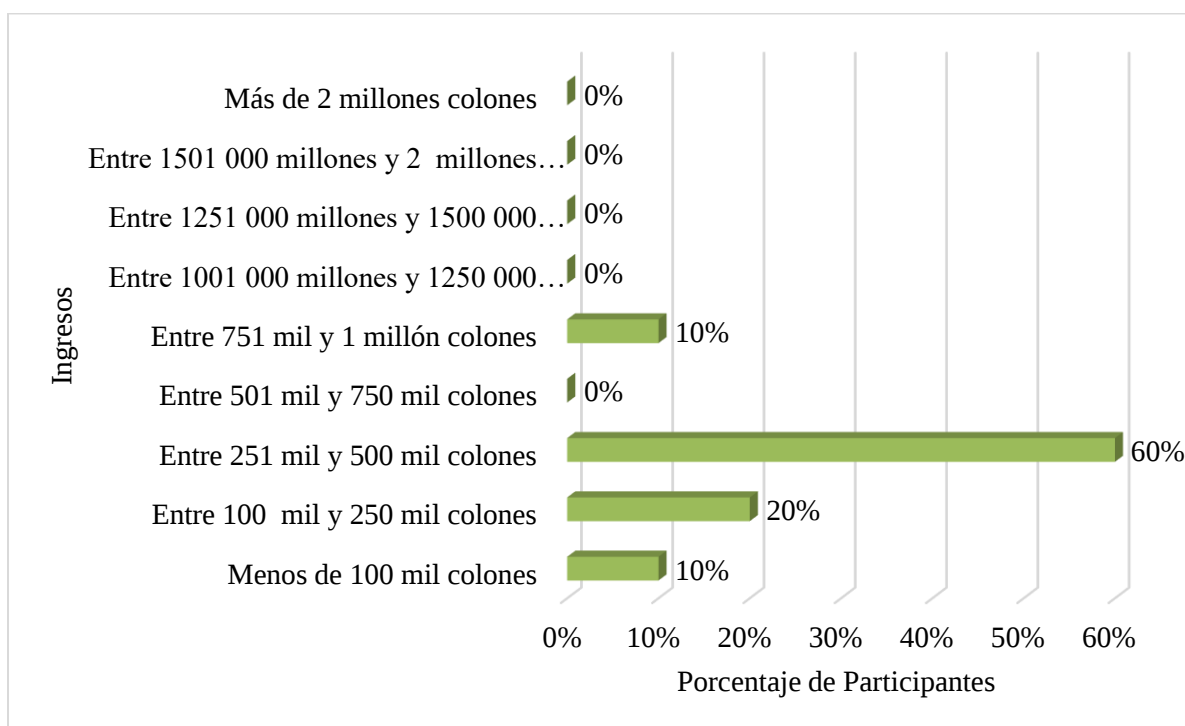


Ilustración 27 Ingreso económico neto de los hogares de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres, durante el 2021.

De la figura anterior se observa que el 60% de los participantes tienen un ingreso económico que oscila entre los ₡251 000 y ₡500 000. Seguidos del 20% que percibe entre los ₡100 000 y ₡250 000, un 10% que recibe entre 751 mil y 1 millón de colones y finalmente un 10% que recibe menos de 100 mil colones al mes siendo estos últimos la minoría de porcentajes.

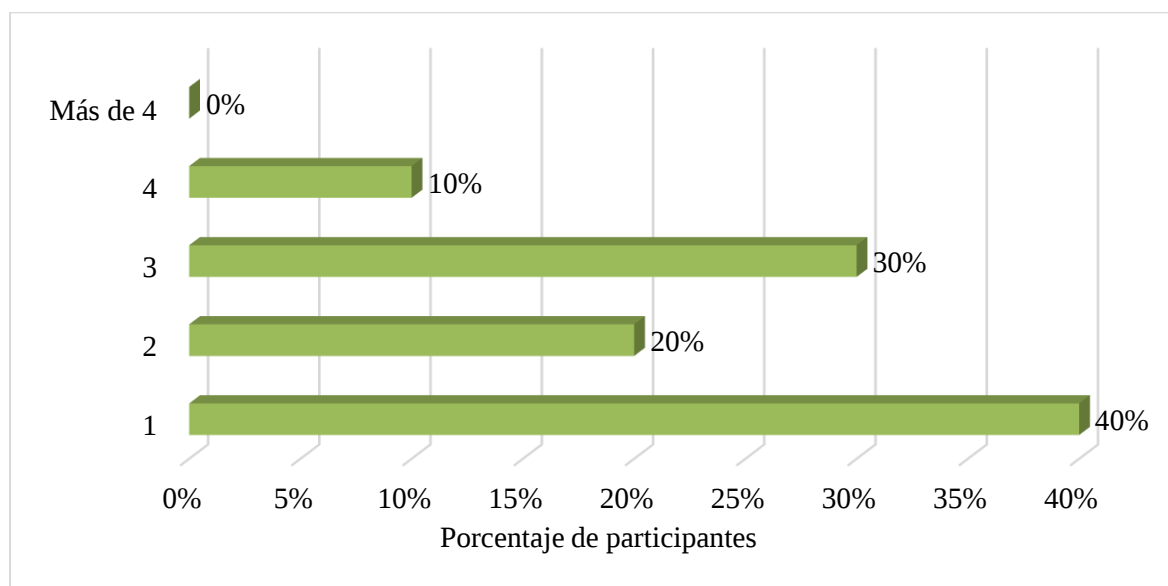


Ilustración 28 Número de personas que aportan económicamente en el hogar de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres, durante el 2021.

En la figura se observa que el 40% de los participantes afirman que solo una persona aporta dinero al hogar. El 30% expresa que tres personas son las que aportan, 20% indican que son dos miembros de la familia los que contribuyen económicamente al hogar y 10% señalan que son cuatro personas las que aportan, siendo este último la minoría.

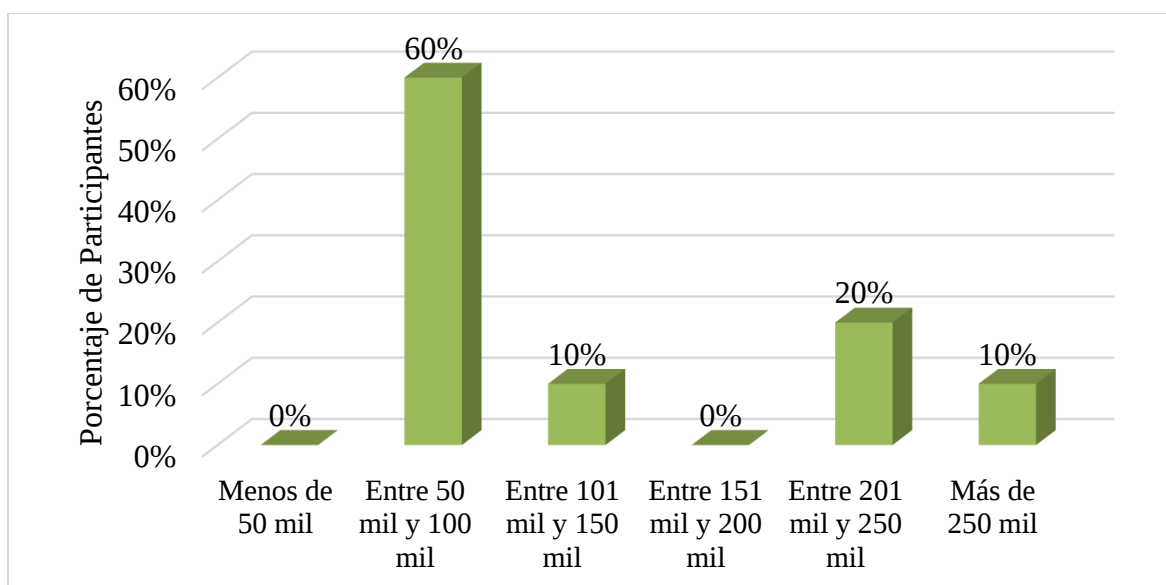


Ilustración 29 Suma de dinero destinado a la compra mensual de alimentos en el hogar de los hombres y mujeres participantes del plan piloto.

De la gráfica se observa que el dinero que se destina a la compra de los alimentos en los hogares de los participantes en el plan piloto mayoritariamente es de entre 50 mil a 100 mil colones mensuales siendo este un 60% de los participantes, seguido de un 20% que destinan entre 201 mil y 250 mil colones, posteriormente se observa un 10% que oscila entre 101 mil y 150 mil colones mensuales y finalmente un 10% que invierte más de 250 mil colones al mes.

Tabla 26 Clasificación del nivel socioeconómico de los hombres y mujeres participantes del plan piloto

Nivel socioeconómico	n	%
Alto	1	10
Medio Alto	6	60
Bajo	3	30

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

De la tabla anterior se observa que la mayor parte de los participantes tienen un nivel socioeconómico medio alto con un 60%, seguido de un 30% con un nivel socioeconómico bajo y finalmente un 10% con un nivel socioeconómico alto siendo este el menor porcentaje. Este dato se obtuvo a través de la Encuesta de Estratificación Socioeconómica establecida por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) del Ecuador, dicha encuesta se

obtuvo de la tesis “*Comparación de los hábitos alimentarios, las prácticas relacionadas con las compras de alimentos según el nivel socioeconómico en adultos de 40 a 60 años de la provincia de Heredia, en el 2020*”, dicha encuesta de obtuvo primeramente de la página del INEC de Ecuador

Hábitos alimenticios

En relación con las preguntas relacionadas con los datos socioeconómicos se obtienen los siguientes resultados

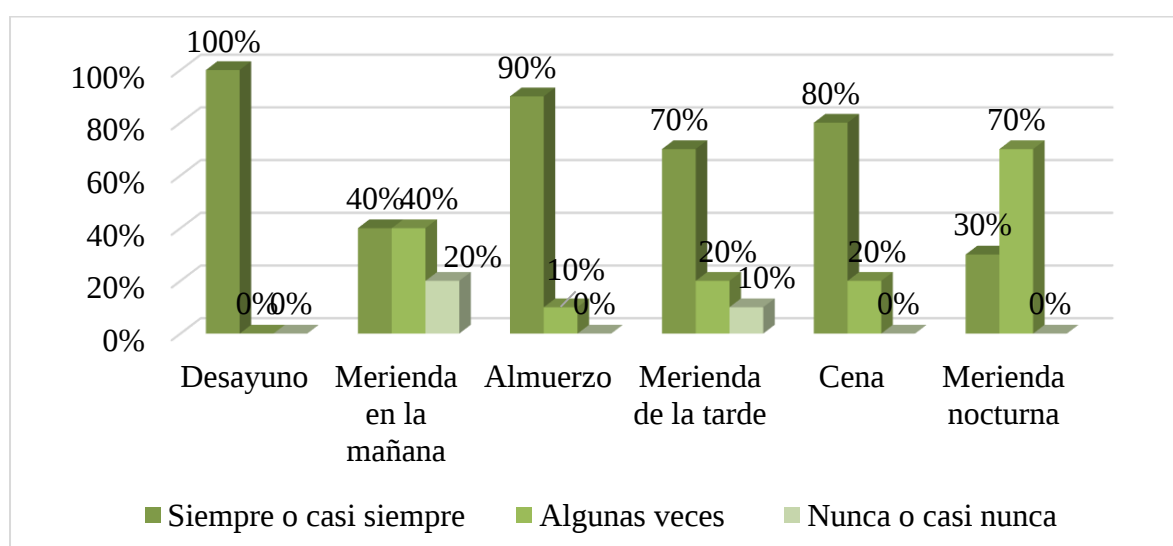


Ilustración 30 Tiempos de comida que realizan los hombres y mujeres participantes del plan piloto con mayor frecuencia en el cantón de Siquirres durante el 2021.

En la figura anterior se observa que en el desayuno el 100% de la población lo realiza siempre o casi siempre, siendo este el tiempo de comida que más realizan los participantes del plan piloto, seguido del tiempo del almuerzo en el cual el 90% de la población indicó realizarlo siempre o casi siempre y un 10% indicó realizarlo algunas veces, posteriormente se observa que el 80% de la población indicó realizar la cena siempre o casi siempre y un 20% indicó realizarla algunas veces, finalmente se observa que el 70% de los participantes realiza la merienda de la tarde siempre o casi siempre, un 20% la realiza algunas veces y un 10% indicó no realizarla nunca, siendo estos los tiempos de comida que realizan con mayor frecuencia los participantes del plan piloto. Además, se observa que el 70% de la población realiza la

merienda nocturna algunas veces y un 30% indicó realizarla siempre o casi siempre, finalmente se observa que solamente el 40% de la población indicó realizar la merienda de la mañana siempre o casi siempre, 40% la realiza algunas veces y el 20% nunca o casi nunca.

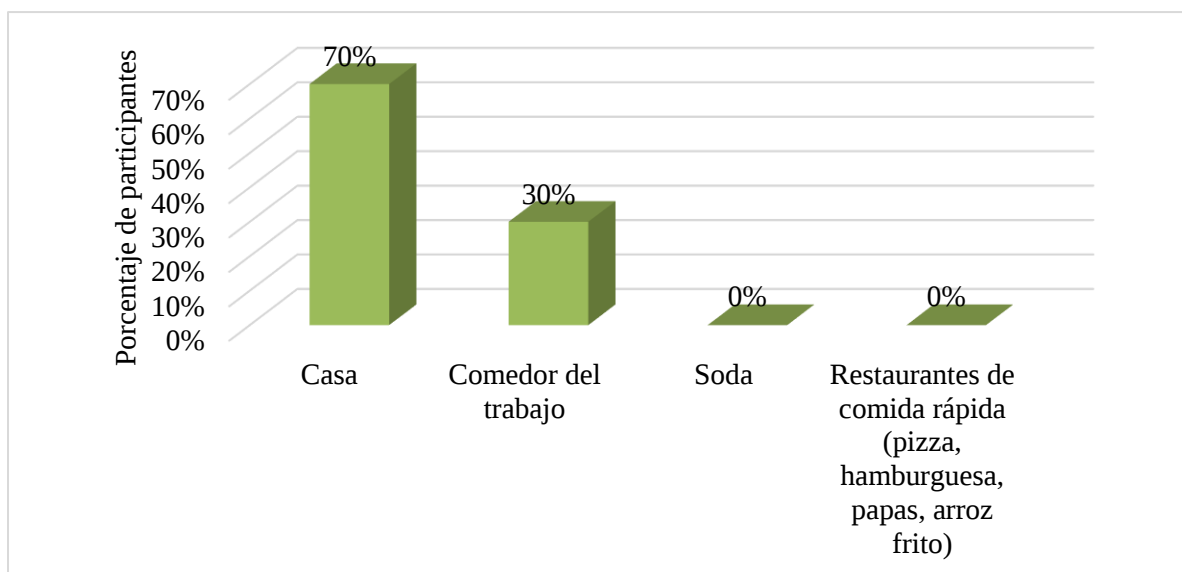


Ilustración 31 Lugar donde realizan el mayor tiempo de sus comidas los hombres y mujeres participantes del plan piloto, en el cantón de Siquirres durante el 2021.

De la información recopilada se observa que el 70% de los encuestados realiza sus tiempos de comida en los hogares, el 30% restante lo hacen en el comedor de sus respectivos trabajos.

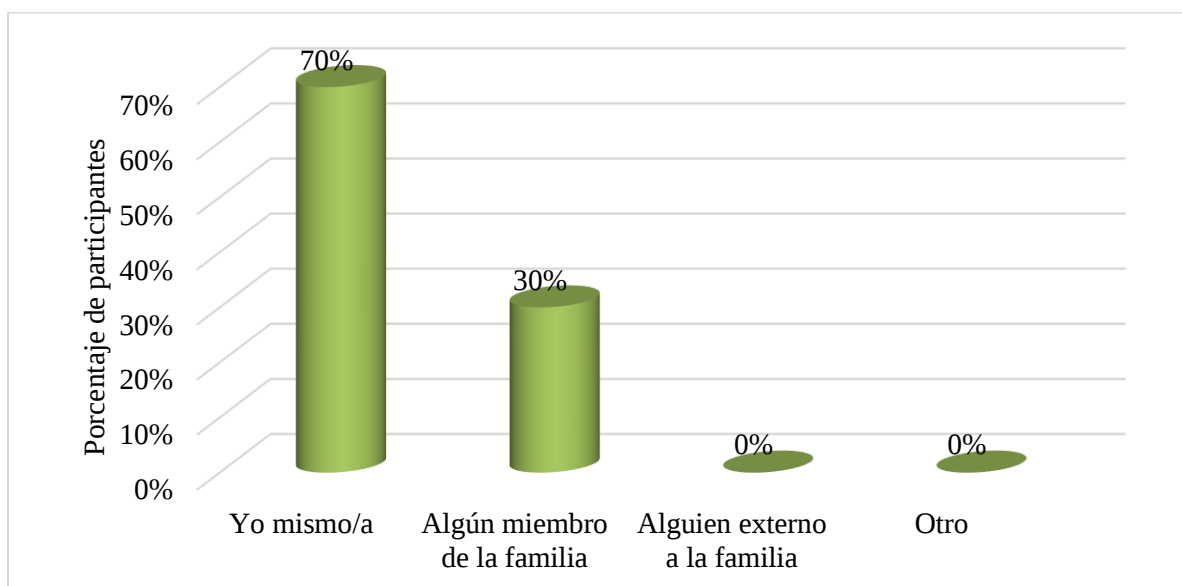


Ilustración 32 Personas que preparan los alimentos normalmente en el hogar de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, en el cantón de Siquirres en el 2021.

La figura anterior muestra que el 70% de los participantes preparan sus alimentos ellos mismos, el 30% restante expresa que lo hace otro miembro de la familia (pareja, hija) o a alguien externo a quien se le paga por la realización de ese servicio.

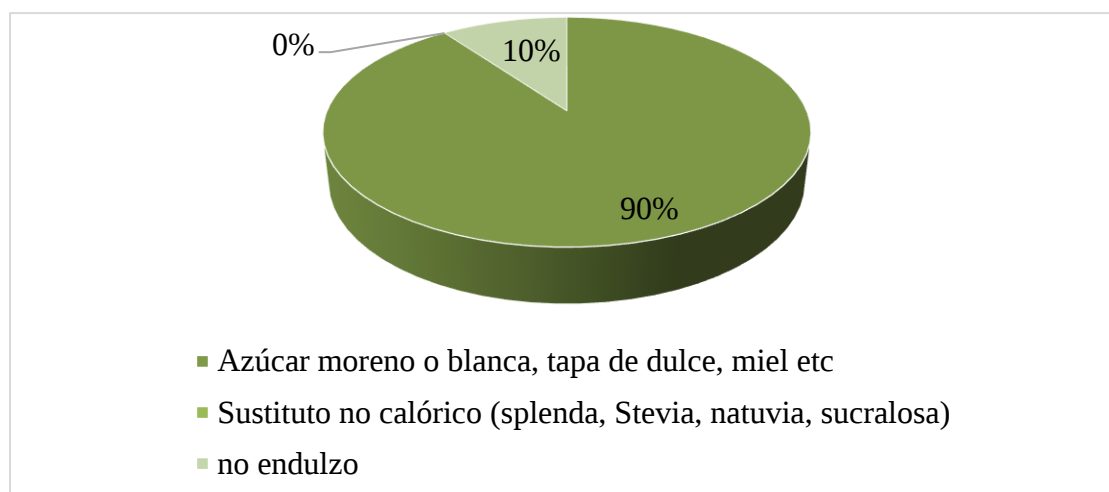


Ilustración 33 Ingrediente con que endulzan las bebidas los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres durante el 2021.

En la figura anterior se observa que el 90% de los encuestados utiliza azúcar moreno o blanca, tapa de dulce o miel para endulzar sus bebidas. El 10% no endulza sus bebidas.

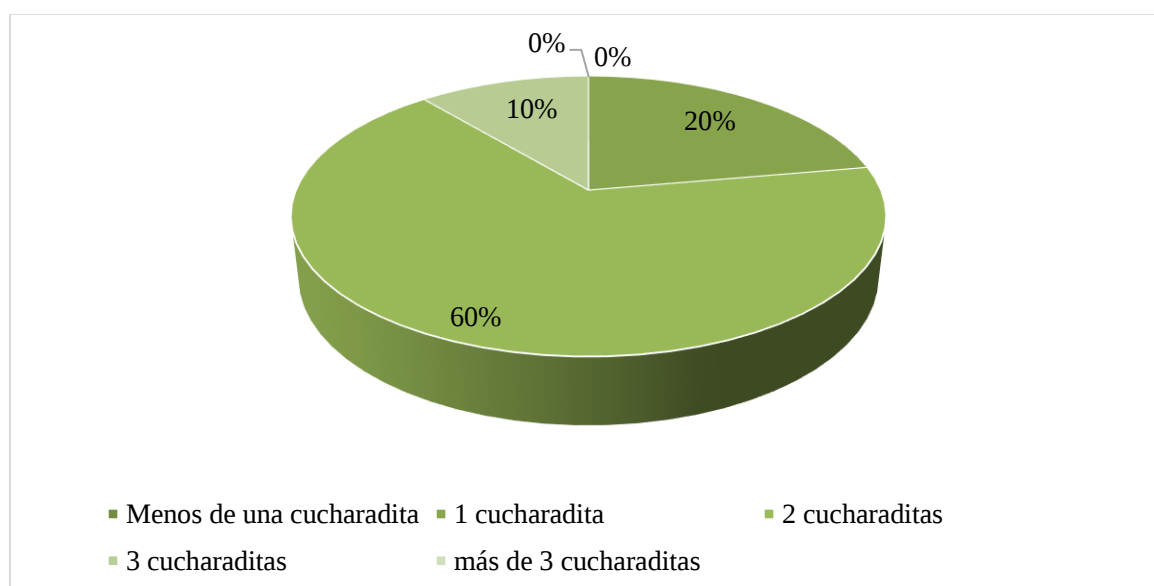


Ilustración 34 Cantidad de endulzante que utilizan en las bebidas los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres durante el 2021.

El 60% de los participantes agrega dos cucharaditas de azúcar, tapa de dulce o miel a las comidas, el 20% adiciona una y el 10% agrega más de tres.

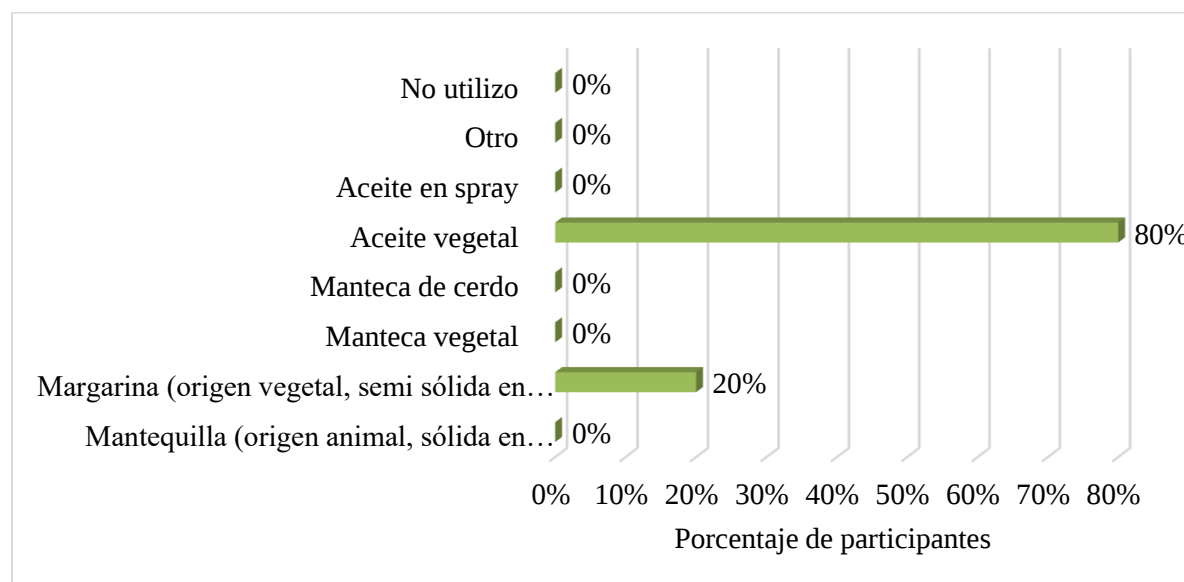


Ilustración 35 Tipo de grasa que utilizan con mayor frecuencia para la cocción de sus alimentos los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres durante el 2021.

De la figura anterior se evidencia que el 80% de los participantes utiliza aceite vegetal para cocinar los alimentos, el 20% usa margarina.

Tabla 27 Adición de sal, sazónador, consomé a la comida una vez servida

	Si		No	
	n	%	n	%
Agrega sal, consomé, sazónador a la comida una vez servida en el plato	10	100%	0	0%

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

La tabla muestra que todos los participantes agregan a la comida servida, sal, consomé o sazónador.

Tabla 28 Uso de salsa inglesa, salsa rosada, salsa de tomate, mayonesa, aderezos para ensaladas (miel mostaza, aderezo César, ranch) a los siguientes alimentos.

	Si		No	
	n	%	No	%
Ensaladas	6	60%	4	40%
Arroz	3	30%	7	70%
Gallo pinto	8	80%	2	20%
Pollo	9	90%	1	10%
Carne de res	7	70%	3	30%
Carne de cerdo	6	60%	4	40%
Vegetales (chayote, zanahoria)	4	40%	6	60%

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

La tabla anterior muestra que el 90% agrega alguna salsa al pollo, el 80% al gallo pinto, el 70% a la carne de res, el 60% a las ensaladas y a la carne de cerdo, el 40% a los vegetales y el 30% al arroz. Por otra parte, también se observa que el 70% no agrega ninguna salsa al arroz, el 60% no agrega salsas a las verduras, un 40% (cada ítem) no agrega salsa a la carne de cerdo ni a las ensaladas, un 30% no agrega salsas a la carne de res, un 20% no agrega salsas al gallo pinto y un 10% no agrega salsas al pollo.

Tabla 29 Diferentes tipos de líquidos o bebidas según número de vasos

Bebida	No consume		1-2 vasos al día		3- 4 vasos al día		5- 6 vasos al día		7-8 vasos al día		Más de 8 vasos al día	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agua pura	0	0	2	20	2	20	3	30	2	20	1	10
Agua saborizada	4	40	3	30	3	30	0	0	0	0	0	0
Tés	3	30	6	60	0	0	1	10	0	0	0	0
Café	1	10	7	70	2	20	0	0	0	0	0	0
Jugos naturales	1	10	7	70	2	20	0	0	0	0	0	0
Jugos procesados (de caja)	5	50	5	50	0	0	0	0	0	0	0	0
Refrescos (tropical, etc)	3	30	7	70	0	0	0	0	0	0	0	0
Gaseosas	4	40	6	60	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

De la tabla anterior se observa que el 30% de los participantes del plan piloto consume entre 5 y 6 vasos al día de agua pura, 20% de los encuestados ingieren de 7 a 8 vasos de agua al

día, 20% ingiere de 3 a 4 vasos de agua al día, 20% ingiere solo 1 vaso de agua al día, y solo un 10% ingiere más de 8 vasos de agua al día. Además, el 70% ingieren de 1 a 2 vasos diarios de café, jugos naturales, refrescos, el 60% tés y gaseosas, el 50% jugos procesados.

Tabla 30 Tipo de preparación que utilizan con mayor frecuencia los hombres y mujeres del cantón de Siquirres.

Alimento	Hervido		A la plancha		Asado		Frito		Ahumado		Microondas		Freidora de aire		Crudo		No consumo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pollo	6	60	2	20	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0
Pescado	0	0	1	10	0	0	9	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Huevo	2	20	0	0	0	0	8	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carne	3	30	0	0	2	20	4	40	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Papas	6	60	0	0	1	10	2	20	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Plátano	2	20	0	0	0	0	7	70	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Zanahoria	8	80	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Chayote	8	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	20
Coliflor	9	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Zuquinni	8	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	20

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje.

De la tabla anterior se observa que la mayoría de los alimentos los participantes los preparan hervidos y fritos. El 20% prepara el pollo a la plancha, el 10% consume el pollo crudo, 20% no consume chayote ni zuquinni, el 10% no consume carne, papas, plátano, zanahoria y coliflor.

Tabla 31 Frecuencia de consumo de diversos alimentos que consumen los participantes del plan piloto en el cantón de Siquirres, 2021

	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)		Algunas veces al mes (1- 3 veces)		Algunas veces a la semana (1- 4 días a la semana)		Siempre o casi siempre (5-7 días)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Verduras harinosas								
Papa	1	10	3	30	4	40	2	20
Yuca	6	60	1	10	2	20	1	10
Plátano	2	20	3	30	3	30	2	20
Ñampí	8	80	0	0	2	20	0	0
Ñame	7	70	0	0	2	20	1	10
Tiquisque	5	50	2	20	2	20	1	10
Camote	4	40	3	30	1	10	2	20
Verduras no harinosas								
Chayote	3	30	4	40	1	10	2	20
Zanahoria	3	30	5	50	0	0	2	20
Lechuga	1	10	3	30	4	40	2	20
Tomate	1	10	1	10	3	30	5	50
Zuquini	7	70	3	30	0	0	0	0
Espinaca	6	60	1	10	2	20	1	10
Pepino	1	10	3	30	3	30	3	30
Frutas								
Banano	2	20	2	20	4	40	2	20
Sandia	1	10	5	50	3	30	1	10
Papaya	3	30	2	20	3	30	2	20
Melón	3	30	3	30	2	20	2	20
Piña	2	20	3	30	3	30	2	20
Fresas	5	50	2	20	3	30	0	0
Manzana	1	10	3	30	5	50	1	10
Uva	3	30	3	30	4	40	0	0
Naranja	2	20	4	40	2	20	2	20
Mandarina	4	40	4	40	2	20	0	0
Kiwi	9	90	1	10	0	0	0	0
Mango	0	0	4	40	4	40	2	20
Leguminosas								
Frijoles	0	0	0	0	3	30	7	70

Continua...

	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)		Algunas veces al mes (1- 3 veces)		Algunas veces a la semana (1- 4 días a la semana)		Siempre o casi siempre (5-7 días)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Garbanzos	7	70	3	30	0	0	0	0
Lentejas	6	60	3	30	1	10	0	0
Granos y harinas								
Arroz blanco	1	10	0	0	0	0	9	90
Tortilla	0	0	4	40	3	30	3	30
Pan blanco	0	0	5	50	2	20	3	30
Pastas (fideos)	0	0	7	70	1	10	2	20
Arroz integral	9	90	1	10	0	0	0	0
Tortilla integral	9	90	1	10	0	0	0	0
Pan integral	9	90	1	10	0	0	0	0
Pasta integral	9	90	1	10	0	0	0	0
Carnes								
Huevo	0	0	2	20	2	20	6	60
Res	3	30	3	30	1	10	3	30
Pollo	0	0	2	20	4	40	4	40
Cerdo	2	20	3	30	2	20	3	30
Pescado	1	10	5	50	3	30	1	10
Mariscos enlatados	7	70	2	20	1	10	0	0
Atún	1	10	3	30	3	30	3	30
Sardina	1	10	4	40	4	40	1	10
Lácteos								
Leche descremada	5	50	4	40	1	10	0	0
Leche semidescremada	4	40	2	20	4	40	0	0
Leche entera	5	50	1	10	3	30	1	10
Yogurt descremado	8	80	2	20	0	0	0	0
Yogurt semidescremado	8	80	0	0	2	20	0	0
Yogurt entero	5	50	2	20	2	20	1	10
Quesos								
Queso mozzarella	8	80	1	10	1	10	0	0
Queso amarillo	6	60	3	30	1	10	0	0
Queso Turrialba	2	20	3	30	3	30	2	20

Continua...

	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)		Algunas veces al mes (1- 3 veces)		Algunas veces a la semana (1- 4 días a la semana)		Siempre o casi siempre (5-7 días)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Embutidos								
Chorizo	4	40	2	20	1	10	3	30
Salchichón	2	20	1	10	4	40	3	30
Salchicha	2	20	1	10	4	40	3	30
Tocineta	7	70	3	30	0	0	0	0
Salami	9	90	1	10	0	0	0	0
Jamón	5	50	4	40	1	10	0	0
Mortadela	1	10	4	40	5	50	0	0
Grasas								
Natilla	2	20	2	20	4	40	2	20
Queso crema	4	40	2	20	4	40	0	0
Mantequilla	1	10	4	40	3	30	2	20
Manteca	9	90	0	0	1	10	0	0
Mayonesa	3	30	2	20	4	40	1	10
Salsa rosada	2	20	1	10	6	60	1	10
Aderezos	7	70	3	30	0	0	0	0
Semillas (maní, nueces, almendras, marañón, pistacho)	3	30	3	30	2	20	2	20
Comidas rápidas								
Hamburguesas	5	50	4	40	1	10	0	0
Salchipapas	6	60	4	40	0	0	0	0
Papas fritas	5	50	4	40	1	10	0	0
Nachos	3	30	7	70	0	0	0	0
Tacos	5	80	5	50	0	0	0	0
Burritos	8	80	1	10	1	10	0	0
Hot dogs	8	80	2	20	0	0	0	0
Pizza	6	60	3	30	1	10	0	0
Pollo frito	5	50	3	30	1	10	1	10
Nuggets	5	50	3	30	1	10	1	10
Arroz frito (cantones, etc)	7	70	2	20	1	10	0	0

Continua...

	Nunca o casi nunca (menos de 1 vez al mes)		Algunas veces al mes (1- 3 veces)		Algunas veces a la semana (1- 4 días a la semana)		Siempre o casi siempre (5-7 días)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Snacks (papas tostadas, Lays, pringless, zibas, plátanos fritos, yuquitas)	6	60	3	30	1	10	0	0
	Otros							
Galleta con relleno	4	40	3	30	1	10	2	20
Golosinas (confites, chocolates, gomitas, malvaviscos, etc)	4	40	3	30	2	20	1	10
Miel	7	70	2	20	0	0	1	10
Sirope	9	90	0	0	1	10	0	0
Jalea	4	40	4	40	1	10	1	10
Repostería (queques, donas, empanadas, rollos de canela, pan dulce, cachos, etc)	4	40	5	50	1	10	0	0
Bebidas envasadas (gaseosas, tropical, Hi-C, Jumex, Kern's, etc)	6	60	3	30	1	10	0	0
Licores (ron, cerveza, vodka, ginebra, vino, whisky, etc)	7	70	2	20	0	0	1	10

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

Con respecto a las verduras harinosas, el 80% de los encuestados casi nunca come ñampí, el 70% casi nunca consume ñame, el 60% yuca, el 50% tiquisque y el 40%. El 40% expresa que algunas veces a la semana consume papa, el 30% plátano y el 20% ñampí, ñame y tiquisque. El 20% siempre come papa, plátano y camote, el 10% yuca, ñame y tiquisque.

En relación con las verduras no harinosas el 60% nunca o casi nunca comen zuquiní, el 70% espinaca, el 30% chayote y zanahoria. El 50% de los participantes algunas veces al mes come zanahoria, el 40% chayote, el 30% lechuga, pepino y zuquiní. Algunas veces a la semana el 40% de los participantes comen lechuga, el 30% tomate y pepino.

Con respecto al consumo de frutas el 90% casi nunca come kiwi, el 50% fresas, el 40% mandarina y el 30% papaya, melón y uvas. El 50% de los participantes algunas veces al mes consumen sandía, el 40% naranja, mandarina y mango. El 30% consume papaya, melón, manzana y uvas. Algunas veces a la semana el 50% de los sujetos consume manzana, el 40% banano, uva y mango. El 30% consume papaya, uvas y fresas. Señala el 20% de los participantes que siempre comen banano, papaya, melón, piña, naranja y mango.

En relación con las legumbres, el 70% de los participantes indica que nunca comen garbanzos, el 60% no consumen lentejas, el 30% señala que algunas veces al mes comen lentejas y garbanzos. El 70% de los encuestados señala que siempre comen frijoles, el 30% indica que lo consumen algunas veces a la semana.

Con respecto a los granos y harinas el 90% de los encuestados no consumen arroz integral, tortilla integral, pan y pasta integrales, el 10% consumen esos productos algunas veces al mes. El 70% algunas veces al mes consumen pastas, el 50% pan blanco y el 40% tortillas. Algunas veces por semana el 30% de los sujetos consumen tortillas, el 20% pan blanco y el 10% pastas. Casi siempre el 90% de los participantes consume arroz blanco, el 30% tortilla y pan blanco y el 20% pastas.

En relación con las carnes, el 70% de los participantes casi nunca o nunca consumen mariscos enlatados, el 30% res. Algunas veces al mes el 50% consume pescado, el 30% res, atún y cerdo. Algunas veces a la semana el 40% consume pollo y sardina. Casi siempre el 60% comen huevos, el 40% pollo y el 30% res, cerdo y atún.

De los lácteos se obtiene que el 80% casi nunca o nunca consume yogurt descremado o semidescremado, el 50% leche y yogurt enteros. Algunas veces a la semana el 40% consume leche semidescremada el 30% leche entera y el 20% yogurt semidescremado y yogurt entero. El 10% de los participantes consume siempre leche y yogurts enteros.

Con respecto a los quesos, el 80% casi nunca o nunca come queso mozzarella, el 60% queso amarillo y 20% queso Turrialba. Algunas veces al mes el 30% de los sujetos come queso amarillo y queso Turrialba. El 20% de los encuestados siempre consumen queso Turrialba.

En relación con los embutidos, el 90% de los participantes no comen salami, el 50% jamón y el 40% chorizo. Algunas veces al mes el 40% consume jamón y mortadela. Algunas veces a la semana el 50% de los encuestados come mortadela, 40% salchichas y salchichón. El 30% siempre comen chorizo, salchichón y salchichas.

Con respecto a las grasas, el 90% consume manteca, el 40% queso crema, el 30% mayonesa. Algunas veces al mes el 40% de los encuestados come mantequilla y el 30% aderezos y semillas. Algunas veces a la semana el 60% de los participantes ingiere salsa rosada, el 40% natilla, queso crema y mayonesa. El 20% de los sujetos siempre consume mantequilla y natilla.

En relación con las comidas rápidas, el 80% de los participantes casi nunca o nunca consumen burritos y hog dog, el 70% arroz frito, el 60% salchipapas, snacks y pizza, el 50% Nuggets, hamburguesas, pollo frito. Algunas veces al mes el 70% come nachos el 50% de los encuestados comen tacos, el 40% hamburguesas, salchipapas, papas fritas, el 30% pizza, pollo frito, nuggets y snacks. El 10% siempre come pollo frito y Nuggets.

Con respecto al consumo de otros productos el 70% de los participantes nunca o casi nunca consumen miel y licores el 90% sirope, el 60% de los sujetos no consume casi nunca bebidas enlatadas el 40% galletas, golosinas, jalea y repostería. El 50% de los encuestados indica que algunas veces al mes consume repostería, el 40% jalea y el 30% galletas y golosinas.

Hábitos de vida

Con respecto a las preguntas relacionadas con los hábitos de vida de los participantes en el plan piloto se obtienen los siguientes resultados

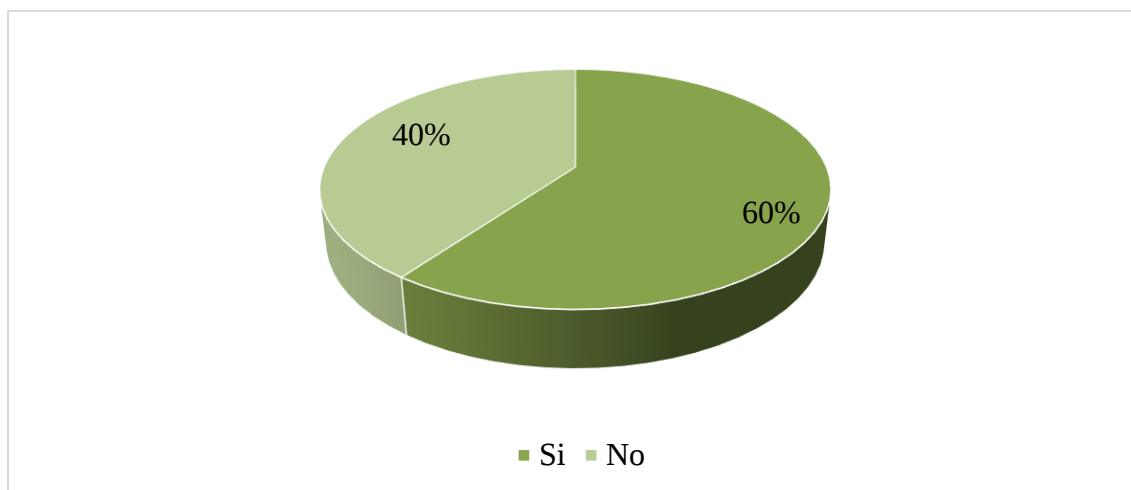


Ilustración 36 Realización de actividad física de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres en el año 2021.

En la figura se muestra que el 60% hace algún tipo de actividad física, el 40% según el instrumento demuestran ser sedentarios.

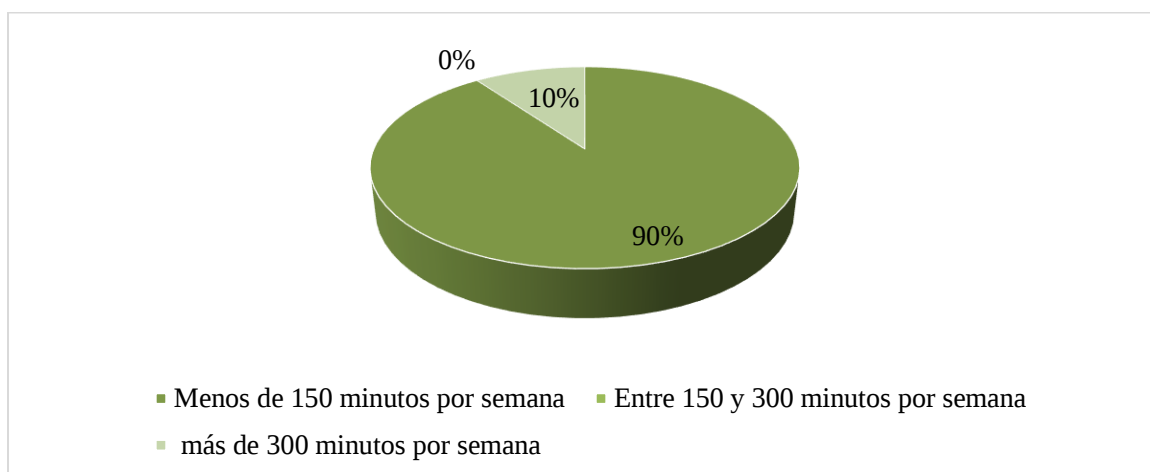


Ilustración 37 Cantidad de actividad física que realizan por semana los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres durante el 2021.

El 90% de los encuestados que indicaron realizar actividad física destina 150 minutos por semana a desarrollar actividades físicas. El 10% hace más de 300 minutos por semana.

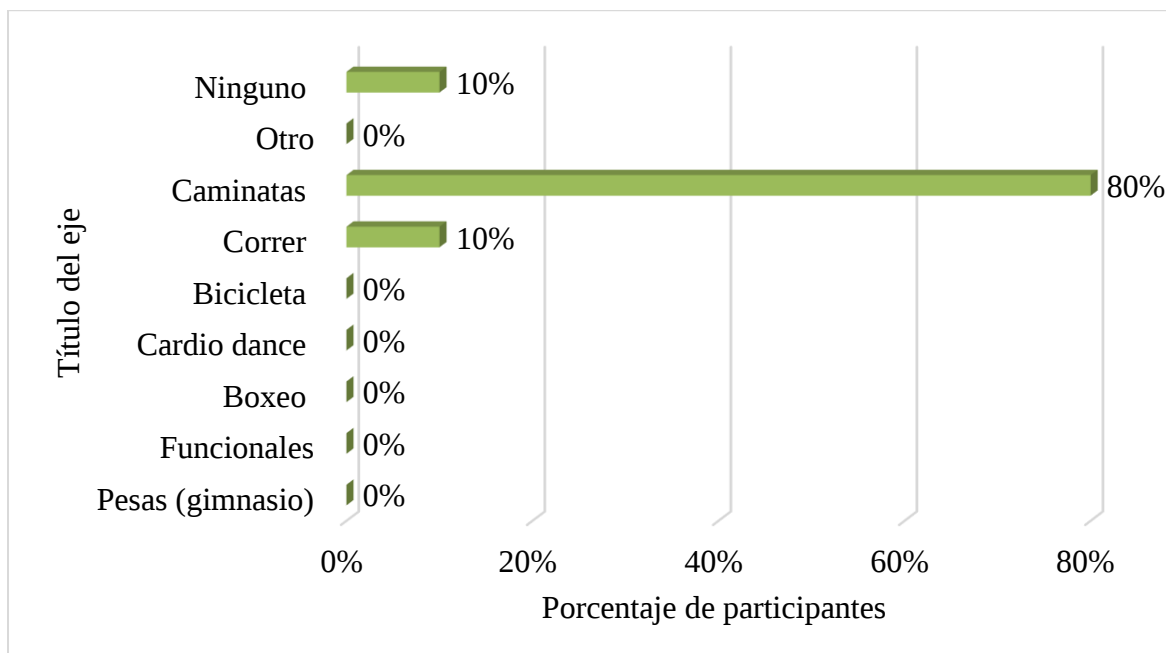


Ilustración 38 Tipo de actividad física realizada por los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres

Los encuestados expresan que la actividad que realizan los participantes mayoritariamente es la caminata con un 80%. El 10% indica que corre y el 10% restante no realiza ninguna actividad.

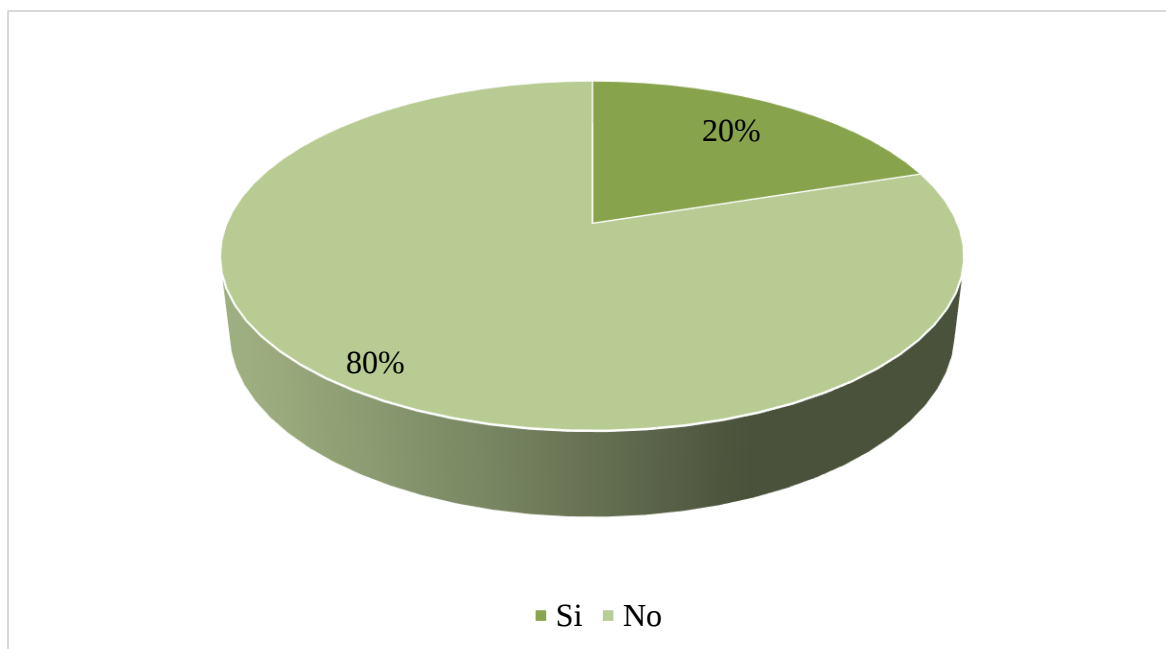


Ilustración 39 Visita a nutricionistas que han realizado los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres en el 2021.

El 80% de los participantes señalan que nunca han visitado a un nutricionista, el 20% si.

Al indagar si los participantes del plan piloto fuman se obtuvo que en su totalidad ninguno fuma.

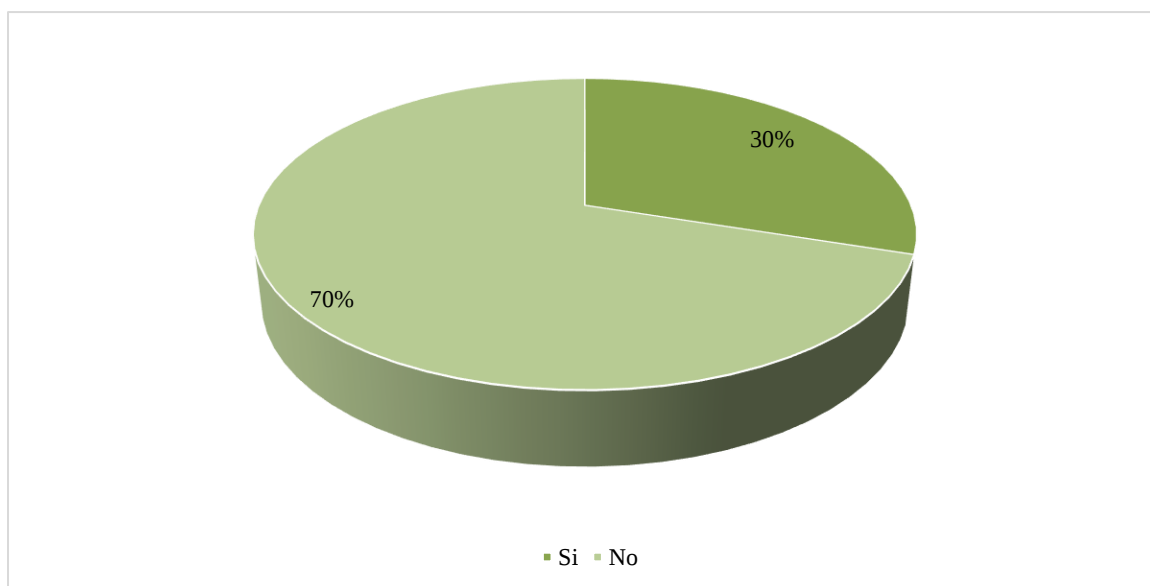


Ilustración 40 Consumo de bebidas alcohólicas de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres durante el 2021

La gráfica demuestra que el 70% de los participantes no ingiere bebidas alcohólicas, el 30% si lo hace.

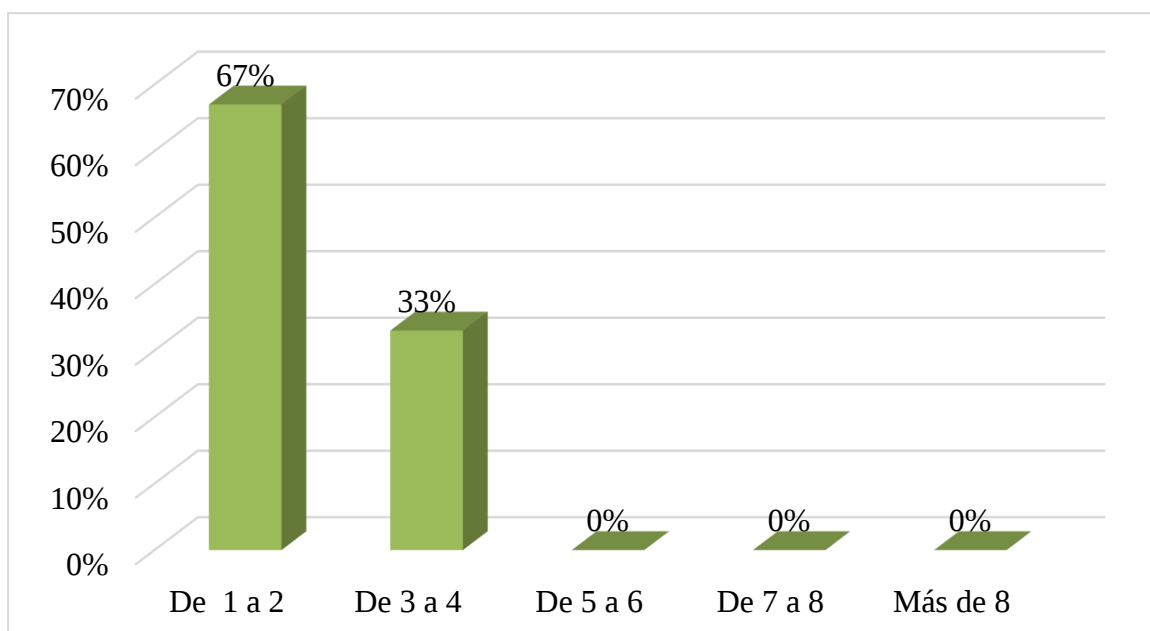


Ilustración 41 Cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión por parte de los hombres y mujeres participantes del plan piloto, cantón de Siquirres durante el 2021.

Dos participantes indican que consumen de 1 a 2 bebidas alcohólicas por ocasión para 67% uno expresa que ingiere de 3 a 4 bebidas al mes para un 33%.

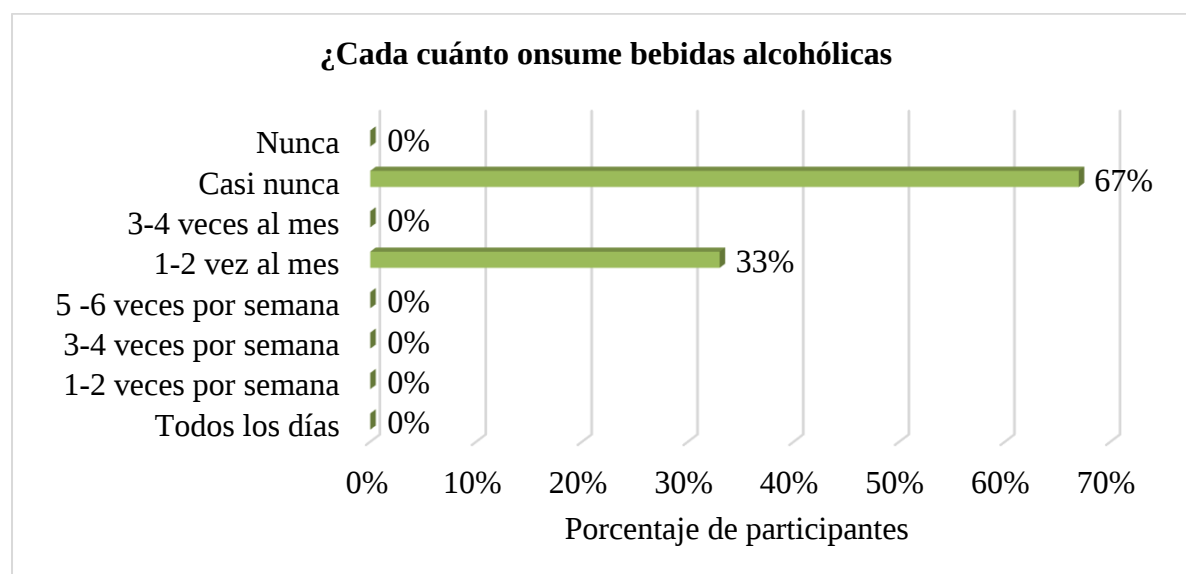


Ilustración 42 Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas por parte de los hombres y mujeres participantes en el plan piloto, cantón de Siquirres durante el 2021.

Dos participantes indican que casi nunca consumen bebidas alcohólicas para 67% un encuestado señala que 1 a 2 veces al mes para un 33%.

Tabla 32 Enfermedades que padecen los participantes del plan piloto

Enfermedades que padece	Si		No	
	n	%	n	%
Diabetes	2	20	8	80
Presión alta	3	30	7	70
Colesterol y triglicéridos altos	3	30	7	70
Enfermedades del corazón	1	10	9	90
Asma	0	0	10	100
Obesidad	1	10	9	90
Sobrepeso	3	30	7	70
Cáncer	0	0	10	100

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

De la información obtenida en la tabla anterior se desprende que las enfermedades que mayoritariamente padecen los encuestados es presión alta, sobrepeso, además de colesterol y triglicéridos altos con un 30%, seguidos de diabetes por un 20%, el 10% indica que obesidad.

Tabla 33 Enfermedades que padecen los familiares de los participantes del plan piloto

	Si		No	
	n	%	n	%
Diabetes	8	80	2	20
Presión alta	10	100	0	0
Colesterol y triglicéridos altos	8	80	2	20
Enfermedades del corazón	3	30	7	70
Asma	4	40	6	60
Obesidad	8	80	2	20
Sobrepeso	9	90	1	10
Cáncer	2	20	8	80

Fuente: Elaboración propia, 2021. Simbología: n= número. % porcentaje

El 100% de los encuestados indican tener familiares que padecen de presión alta, el 90% tienen familiares con sobrepeso. El 80% tienen en la familia miembros que tienen colesterol y triglicéridos altos, diabetes y obesidad. En el 40% padecen asma, el 30% enfermedades del corazón y el 20% cáncer.

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, 22 enero de 2022

Señores:

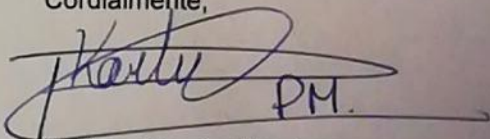
Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Karlissa Pereira Marchena con número de identificación 702710595 autor (a) del trabajo de graduación titulado Relación entre el riesgo de padecer obesidad, sobrepeso y enfermedades crónicas no transmisibles con los hábitos alimentarios y el nivel socioeconómico en adultos mayores de 25 años, Siquirres, Limón, Costa Rica, 2021 presentado y aprobado en el año 2022 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,



Karlissa Pereira Marchena.
702710595

Firma y Documento de Identidad