

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE NUTRICIÓN

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

**RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE
CONSUMO DE ALIMENTOS Y ESTADO
NUTRICIONAL CON LA CALIDAD DE
VIDA DE HOMBRES Y MUJERES ENTRE
18 – 40 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE
LIBERIA, GUANACASTE Y VÁZQUEZ DE
CORONADO, SAN JOSÉ, COSTA RICA
2019.**

MARÍA LAURA ARAYA AMADOR

Febrero, 2020

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO	ii
ÍNDICE DE TABLA	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1.1 Antecedentes del problema	2
1.1.2 Delimitación del problema	8
1.1.3 Justificación	8
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.3.2 Objetivos específicos	10
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	11
1.4.1 Alcances de la investigación	11
1.4.2 Limitaciones de la investigación	11
CAPITULO II	12
MARCO TEÓRICO	12
2.1 MARCO TEÓRICO	13
2.1.1 Hábitos de consumo de alimentos	13
2.1.2 Estado nutricional	17
2.1.4 Calidad de vida	20
2.1.5 Población adulta joven	22
CAPÍTULO III	24
MARCO METODOLÓGICO	24
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	25
3.2 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	25
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	25

3.3.1 Población.....	25
3.3.2 Muestra.....	25
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	26
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	26
3.4.1 Validez	29
3.4.2. Confiabilidad.....	30
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	30
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	31
3.7 PLAN PILOTO.....	38
3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	39
3.9 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.....	39
3.10 ANÁLISIS DE DATOS.....	39
CAPÍTULO IV	40
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	40
4.1 RESULTADOS	41
4.1.1 Resultados univariados.....	41
4.1.2 Características sociodemográficas de los adultos de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.	41
4.1.3 Hábitos alimentarios de los adultos de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.	42
4.1.4 Estado nutricional de los adultos de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.....	49
4.1.5 Calidad de vida de los adultos de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.....	54
4.1.6 Resultados Bivariados	57
4.1.7 Relación de los hábitos alimentarios y de la calidad de vida de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.....	57
4.1.8 Relación del estado nutricional y de la calidad de vida de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.....	61
4.1.9 Relación de los hábitos alimentarios y el estado nutricional de adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.....	64
CAPÍTULO V	66
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	66
5.1 Discusión e interpretación de los resultados.....	67

5.1.1 Características sociodemográficas	67
5.1.2 Hábitos alimentarios.....	68
5.1.3 Estado nutricional.....	76
5.1.2 Calidad de vida.....	79
CAPÍTULO VI	83
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
6.1 CONCLUSIONES	84
6.2 RECOMENDACIONES.....	86
BIBLIOGRAFÍA	87
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	97
ANEXOS	98

ÍNDICE DE TABLA

Tabla N° 1 Criterios de la investigación.....	26
Tabla N° 2 Operacionalización de las variables.....	31
Tabla N° 3 Perfil sociodemográfico de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	41
Tabla N° 4 Tiempos de comida realizados de lunes a viernes según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	42
Tabla N° 5 Tiempos de comida realizados de sábado a domingo según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	43
Tabla N° 6 Hábitos alimentarios según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	45
Tabla N° 7 Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de carbohidratos según residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	46
Tabla N° 8 Frecuencia de consumo de alimentos de origen animal según residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	47
Tabla N° 9 Frecuencia de consumo de diversos productos según residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	48
Tabla N° 10 Clasificación de hábitos alimentarios según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	48
Tabla N° 11 Evaluación cuantitativa de las variables antropométricas según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	50
Tabla N°12 Clasificación del estado nutricional por IMC según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	51

Tabla N°13 Clasificación de la circunferencia abdominal por IMC según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	53
Tabla N°14 Clasificación de la calidad de vida por dimensión según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	54
Tabla N°15 Clasificación de la calidad de vida según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	55
Tabla N°16 Asociación de los hábitos alimentarios y calidad de vida a nivel global de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	57
Tabla N°17 Relación de los hábitos alimentarios y calidad de vida según el sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	58
Tabla N°18 Relación de los hábitos alimentarios y calidad de vida según el sexo, residencia y edad a nivel global de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	59
Tabla N°19 Asociación de los rangos de edad por sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	60
Tabla N°20 Asociación del estado nutricional, circunferencia abdominal y calidad de vida a nivel global de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	61
Tabla N°21 Relación del estado nutricional, circunferencia abdominal y calidad de vida por sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	62
Tabla N°22 Asociación del estado nutricional y hábitos alimentarios a nivel global de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	64
Tabla N°23 Relación del estado nutricional y hábitos alimentarios por sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Clasificación del estado nutricional por IMC según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	52
Figura N° 2 Clasificación de la circunferencia abdominal por IMC según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	53
Figura N° 3 Clasificación de la calidad de vida según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.	55

RESUMEN

Introducción: Los hábitos de consumo de alimentos han cambiado, caracterizándose por un bajo consumo de frutas, vegetales, pescado, lácteos y un alto consumo de azúcares y grasas. Junto a ese cambio existen repercusiones en el estado nutricional y calidad de vida de los adultos jóvenes, el cual puede ser crucial y determinante en la vejez. **Objetivo general:** El objetivo de la presente investigación fue relacionar los hábitos de consumo de alimentos y estado nutricional con la calidad de vida de hombres y mujeres entre 18 – 40 años de edad del distrito de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, Costa Rica. **Metodología:** Estudio correlacionado, explicativo. Se analizaron los hábitos alimentarios mediante una encuesta previamente validada, la calidad de vida se midió a través del cuestionario SF – 36 y se tomaron medidas antropométricas (peso, talla, CC) para determinar el estado nutricional a partir del índice de masa corporal (IMC). Se analizaron las relaciones entre hábitos alimentarios y calidad de vida, estado nutricional y calidad de vida y hábitos alimentarios y estado nutricional mediante la prueba de Chi cuadrado para cada relación. La participación de los adultos fue voluntaria (consentimiento informado). **Resultados:** se analizaron 100 adultos, Coronado (n=50) y Liberia (n=50), con edades entre 18 – 40 años, de ambos sexos. Se observó que los liberianos, siempre o casi siempre realizan el desayuno; respecto a los coronadeños se muestra que el 85% de las mujeres lo realizan siempre y los hombres un 81%, siendo mayormente realizado por parte del sexo femenino. Además, se destaca la baja frecuencia de la merienda de la mañana y tarde en los adultos tanto liberianos como coronadeños. La merienda nocturna no es común en ambos lugares y cabe destacar que el tiempo más realizado es el almuerzo. Los fines de semana, en ambos lugares, el desayuno disminuye, el almuerzo se mantiene y las meriendas aumentan con respecto a los días entre semana. Se observa un alto consumo de carbohidratos y vegetales no harinosos en Liberia. En Coronado mayor consumo de frutas y verduras harinosas. Los pescados y mariscos se consumen poco, los lácteos y carnes bastante y los productos altos en grasa y azúcar de manera moderada en ambos lugares. Con respecto a la calidad de vida, esta es mejor en el cantón de Liberia. Se hallaron asociaciones significativas entre tener buena calidad de vida con hábitos alimentarios saludables y mala calidad de vida con hábitos medianamente saludables y esto únicamente después de los 36 años de edad, en ambos lugares y para ambos sexos ($p=0,001$). No se determinó ninguna asociación significativa ($p<0,05$) entre estado nutricional y calidad de vida y hábitos alimentarios y estado nutricional. **Conclusiones:** los resultados reflejan que, en dos zonas geográficas del país, calidad de vida y el estado nutricional son diferentes, mala calidad de vida y sobrepeso y obesidad se demuestra en una zona urbana mientras que la buena calidad de vida y estado nutricional normal en una zona rural, junto a ellos hábitos alimentarios similares en cuanto al bajo consumo de frutas, vegetales, pescado y mariscos; lácteos y procesados de manera moderada y carnes alta. **Palabras claves:** Adulto joven, hábitos de consumo de alimentos, calidad de vida, estado nutricional.

ABSTRACT

Introduction: Food consumption habits have changed, characterized by a low consumption of fruits, vegetables, fish, dairy and a high consumption of sugars and fats. Along with this change, there are repercussions on the nutritional status and quality of life of young adults, which can be crucial and decisive in old age. **General objective:** The objective of the present investigation was to relate the habits of food consumption and nutritional status with the quality of life of men and women between 18 - 40 years of age in the district of Liberia, Guanacaste and Vázquez de Coronado, San José, Costa Rica. **Methodology:** Correlated, explanatory study. Eating habits were analyzed through a previously validated survey, quality of life was measured through the SF-36 questionnaire and anthropometric measures (weight, height, CC) were taken to determine nutritional status from the body mass index (BMI). Relations between eating habits and quality of life, nutritional status and quality of life, and eating habits and nutritional status were analyzed using the Chi square test for each relation. The participation of adults was voluntary (informed consent). **Results:** 100 adults, Coronado (n = 50) and Liberia (n = 50), aged between 18 - 40 years, of both sexes were analyzed. It was observed that Liberians always or almost always make breakfast; Regarding the people of Coronadeño, it is shown that 85% of women always do it and men 81%, being mostly done by the female sex. In addition, the low frequency of morning and afternoon snacks in both Liberian and Coronadeños adults stands out. The evening snack is not common in both places and it should be noted that the most common time is lunch. On weekends, in both places, breakfast decreases, lunch is maintained, and snacks increase compared to weekdays. A high consumption of carbohydrates and non-mealy vegetables is observed in Liberia. In Coronado, higher consumption of floury fruits and vegetables. Fish and seafood are consumed little, dairy and meat a lot and products high in fat and sugar in a moderate way in both places. Regarding the quality of life, this is better in the canton of Liberia. Significant associations were found between having a good quality of life with healthy eating habits and a poor quality of life with moderately healthy habits, and this only after 36 years of age, in both places and for both sexes ($p = 0.001$). No significant association ($p < 0.05$) between nutritional status and quality of life and eating habits and nutritional status was determined. **Conclusions:** the results reflect that, in two geographical areas of the country, quality of life and nutritional status are different, poor quality of life and overweight and obesity is demonstrated in an urban area, while good quality of life and normal nutritional status in a rural area, along with them similar eating habits in terms of low consumption of fruits, vegetables, fish and shellfish; dairy and moderately processed and high meats. **Key words:** Young adult, food consumption habits, quality of life, nutritional status.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A continuación, se muestran los antecedentes internacionales y nacionales del problema de investigación.

1.1.1 Antecedentes del problema

En diversos estudios se evidencia que los hábitos de consumo de alimentos han cambiado, caracterizándose por un bajo consumo de frutas, vegetales, pescado, lácteos y un alto consumo de azúcares y grasas. En Auki, Islas Salomón, un estudio llevado a cabo entre noviembre y diciembre 2018, con 133 personas con un rango de edad entre 18 – 72 años, evidencia que el consumo de los grupos de alimentos; nueces, semillas y legumbres, carne, huevo y leche y otros productos lácteos fueron bajos en esta población. Los artículos de los cereales, condimentos, verduras, mariscos y grupos de alimentos discretos fueron los más consumidos. (Horsey et al., 2019). Así mismo este estudio se puede relacionar con un estudio en Chile, los hábitos alimentarios han cambiado notablemente en los últimos años, no sólo en Chile, sino en toda Latinoamérica, destacando un bajo consumo de frutas, lácteos, pescados y un alto consumo de azúcares simples y grasas en todos los grupos etarios. (José Luis Pino V., Claudio Díaz H., Miguel Ángel López E., 2011)

Respecto a la relación entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios, En Brasil se realiza un estudio con 80 conductores de autobuses que accedieron de manera voluntaria, donde muestra un estado nutricional de la población con alto porcentaje de sobrepeso u obeso (n = 55; 68.8%), y 28.75% son obesos (n = 23). La mayoría de los conductores (n = 58; 72.5%) consumen frijoles todos los días. Se observa consumo diario de leche en 40% (n = 32) de la muestra, siendo el más consumido el integral (n = 48; 61.25%), la mayoría no tienen

la costumbre de ingerir al menos cinco porciones de frutas, legumbres y verduras, ya que el consumo diario de estas está por debajo del 25%. (Pinto & Bueno, 2019)

En Nicaragua, una investigación realizada a 69 trabajadores pertenecientes al Instituto Politécnico de la Salud (POLISAL) Luis Felipe Moncada de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua, demuestra entre las prácticas inadecuadas que el 88 % nunca realiza los 5 o 6 tiempos de comida; el 84% siempre agrega sal a los alimentos; y el 95 % nunca evita el consumo de refrescos industrializados. Así mismo, la fuente principal de adquisición calórica son las grasas y las proteínas encontrando un desbalance en la adecuación calórica. Casi tres partes de los trabajadores no realiza ningún tipo de ejercicio programado. Al evaluarse el estado nutricional a través del IMC, solo el 14 % resulta encontrarse en estado normal, el 86 % sufre de sobrepeso o algún grado de obesidad. (Palma, 2018).

En 2008, se realiza un estudio transversal en el que participan algunas escuelas nacionales en el distrito de Colombo, la capital comercial de Sri Lanka, con una muestra de 1347 niños (665 hombres y 682 mujeres) edades entre 9 y 10 años. El 5.1% eran obesos, el 8.9% tenían sobrepeso y el 30.9% eran delgados. Los resultados revelan que el 14% de los niños tenían un IMC indeseablemente alto, el 30.9% tenían un IMC indeseablemente bajo y solo el 55.1% estaban dentro del rango normal de IMC. la prevalencia de obesidad central aparentemente fue mayor en niños. El banano y la manzana son las frutas más consumidas por los niños. Al considerar el patrón de ingesta de desayuno, solo el 67.1% informa que consume el desayuno diariamente, mientras que el 32.9% no lo hace. Los niños que consumen el desayuno diariamente muestran una ingesta significativamente mayor de vegetales y hojas verdes. La ingesta habitual de comidas rápidas y leche fue mayor entre los niños en relación con las

niñas. También se observa que el 77% de los niños que comen refrigerios consiste en tres comidas principales que incluyen galletas (85.6%), bite (5.2%) y tipitip (2.6%). Las prácticas adversas de la dieta y el estilo de vida de los niños pueden haber sido las razones de su mayor prevalencia de obesidad. (Thilakarathne & Wijesinghe, 2011)

Un estudio realizado en la ciudad de Jacarezinho, Paraná, Brasil, desde agosto hasta noviembre de 2014 demuestra los inadecuados hábitos de consumo de alimentos, estado nutricional y estilo de vida en una muestra de 1.035 adolescentes (565 niñas y 470 niños), edades entre 12 y 20 años, donde se encuentra que el 21,6% de los adolescentes demuestra un alto peso corporal (sobrepeso + obesidad), aproximadamente $\frac{1}{3}$ fueron clasificados como bajos físicamente activo (36.1%), y en cada grupo de diez adolescentes, siete informan permanecer > 2 horas frente a dispositivos de pantalla a diario. El consumo de frutas y verduras fue reportado por el 24.9% de adolescentes y 89.8% consumieron bebidas azucaradas / refrescos al menos una vez por semana. (Oliveira & Guedes, 2019)

Así mismo, En Polonia, se realiza una investigación con 1007 adultos (529 mujeres y 478 hombres) edades entre 21 y 65 años. Casi el 70% de los encuestados miraban televisión al menos una vez al día. Entre ellos, el 7,9% declara mirar televisión durante menos de una hora por día, el 34,4% —de 1 a casi 2 h, el 36,6% —de 2 a 4 h, el 14,6% —de 4 a casi 6 h, y el 6,5% vio televisión por más de seis horas por día. Aproximadamente $\frac{2}{3}$ de la muestra informan sobre actividad moderada o alta en el tiempo libre, mientras que dicha actividad fue indicada por menos del 50% de los encuestados durante los días de trabajo o escuela. (Jezewska-Zychowicz et al., 2018)

En Anzoátegui, Venezuela. Se realiza un estudio sobre patrones de consumo a nivel familiar en zonas urbanas con una muestra de 1.163 personas, el cual evidencia que la dieta familiar

demuestra estar muy apartada de los lineamientos establecidos por las guías de alimentación para Venezuela. El café y la harina de maíz precocida son los alimentos más frecuentemente consumidos en forma diaria, La sal y el adobo se destacan como los condimentos más utilizados a diario por la población; desplazando otros alimentos y especias no procesados que tradicionalmente tenían un rol culinario protagónico. El pollo, la carne de bovino y pastas alimenticias son identificados como los alimentos de mayor frecuencia de consumo semanal. Las menores frecuencias de consumo se evidencian en los grupos de hortalizas, frutas, pescados, mariscos y bivalvos. El 90% de los alimentos más frecuentemente consumidos al día por la población estudiada son procesados y/o industrializados. (Ekmeiro Salvador et al., 2015)

Respeto a la relación hábitos de consumo y calidad de vida, un estudio cuantitativo con un diseño descriptivo-correlacional llevado a cabo en Lima, Perú con una muestra de 198 estudiantes de segundo año de una escuela de posgrado con edades entre 30 y 40 años, evidencia que las medias más bajas de los dominios de calidad de vida se observan en los profesionales de la salud que tienen menores ingresos. En cuanto a la correlación moderada entre calidad de vida y consumo de alimentos en el grupo más joven se justifica considerando la edad; pues son los más jóvenes quienes advierten acerca de la importancia que tiene el consumo de determinados alimentos para la salud y presentan una satisfacción con su calidad de vida en torno a su salud física y psicológica. Probablemente consideren que una alimentación sana y equilibrada es un aspecto fundamental sobre la que se sustenta la salud. (Grimaldo Muchotrigo, M. 2010).

A nivel nacional, según la Encuesta Nacional de Cultura (2016), el gallo pinto es el platillo de comida costarricense más recordado en el ámbito nacional, con el 65,1 %. En la zona

urbana el 66,4 % de las personas indican recordar este platillo y en la rural el 61,6 %. El segundo lugar, con el 16,0 %, lo ocupa una variedad de platos a base de arroz, mencionados con mayor frecuencia por la población de la zona rural (21,1 %). Con el 15,4 %, como tercer platillo se encuentran los diferentes tipos de picadillos (arracache, papa, chayote, papaya, chicasquil, entre otros), más nombrados en la zona urbana (16,2 %).

El 92,4 % de quienes tienen 5 años y más ven televisión. Esta práctica es más frecuente en las personas de la zona urbana que en las de la zona rural. Las personas ven televisión, en promedio, 6,5 días por semana. En Costa Rica el 35,3 % de la población de 5 años y más juega videojuegos, así como juegos en computadora, tablet o celular. Por zona, es más común realizar esta actividad cultural en la urbana (36,5 %) que en la rural (32,1 %). (Encuesta Nacional de Cultura, 2016)

Un estudio transversal con estudiantes de primero a quinto año de la carrera “Bachillerato en Ciencias Médicas y Licenciatura en Medicina y Cirugía” de la Universidad de Costa Rica, durante el segundo curso lectivo 2014 (agosto a diciembre). El consumo diario de frutas y vegetales es estadísticamente mayor a las recomendaciones nacionales e internacionales, mientras que el consumo diario de legumbres y verduras harinosas se ajusta a los requerimientos mínimos. A pesar de lo anterior, un alto porcentaje (40 %) de los sujetos no realizaba ejercicio físico diariamente, y entre quienes sí lo hacían el 68.93 % dedicaba en promedio solamente 7.78 minutos diarios a dicha actividad. (Morgan & Elizondo, 2016)

Según un estudio estadístico elaborado por profesionales de la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica (UCR) en agosto del 2009, revela que un 50% de las familias en Costa Rica realiza cambios en su alimentación y la gran mayoría de los encuestados (87%) afirman que dichos cambios son negativos. Según la encuesta, que forma parte de los Foros

de Discusión en Seguridad Alimentaria y Nutricional que lleva a cabo el Programa de Posgrado en Nutrición Humana, los ticos ahora compramos menos alimentos, de menor calidad, más baratos y hasta sembramos algunos de ellos para ahorrar. Además, indica que los ticos percibimos ahora un consumo mayor de comidas rápidas, que existe menos tiempo para comer, hay más problemas de obesidad, las comidas tienen muchos químicos y que el costo de la vida no nos permite alimentarnos bien. (Universidad de Costa Rica, 2010)

1.1.2 Delimitación del problema

La presente investigación se realiza en el tercer cuatrimestre del año 2019 con 100 personas residentes del distrito de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.

1.1.3 Justificación

Los hábitos de consumo de alimentos se han modificado representativamente a lo largo de los años, y junto con ello las costumbres alimentarias arraigadas de nuestros antepasados, que preservaban cierta naturalidad de los alimentos a la hora de su preparación, cocción y consumo. Parte de ese cambio es influenciado por los avances en la industria alimentaria, que trae consigo facilitar las necesidades del consumidor con productos nutricionalmente inadecuados y de la zona en donde residan las personas. Pino V. y otros (2011) menciona “El mundo moderno en el cual vivimos, concatenado fuertemente desde el prisma económico, y, por otro lado, por una sociedad posmodernista influenciada desde lo cultural; termina repercutiendo en la formación, estilos de vida y hábitos culturales de las poblaciones, los cuales determinan entre otros factores, profundos cambios en los hábitos alimentarios dignos de tratar desde la epidemiología.” (pág. 41). Por lo que es de interés investigar los hábitos de alimentación y estado nutricional entre dos provincias del país, Guanacaste y San José y la manera en que las costumbres de cada una influyen sobre su calidad de vida.

El estudio se realiza para identificar las diferencias en cuanto a estado nutricional, calidad de vida y hábitos alimentarios (sean buenos o malos) que puedan existir al residir en dos zonas distintas del país y los posibles factores que puedan llevar a esas diferencias entre ambos. Por lo cual, el llevar a cabo esta investigación es importante porque se podrán conocer esas posibles diferencias y crear acciones para mitigar su impacto y mejorar la evaluación nutricional de la población en estudio. “La calidad de vida es un término que se encuentran

asociado; es así como la mejora de la calidad de vida de las personas podría ser posible a través de la adopción de un estilo de vida saludable. El estilo de vida puede ir cambiando, aunque cuenta con la estabilidad propia de los hábitos o las costumbres, es móvil y dinámico, pues está influido por el ambiente, las experiencias y las decisiones de las personas. Diversos estudios han demostrado que los cambios en el estilo de vida de la sociedad contemporánea, tales como la disminución de la actividad física, aumento de peso y el consumo exacerbado de bebidas alcohólicas, se asocian con enfermedades crónico-degenerativas y una calidad de vida pobre en los adultos.” (Grimaldo Muchotrigo, M. 2010).

La etapa de la adultez inicia alrededor de los 18 años y en ella se empieza a perfilar el ser humano como un ser productivo laboral o académicamente. En esta etapa se generan cambios drásticos en el estilo de vida, ya que se logra una mayor independencia y la construcción de un criterio personal que va a reflejarse en las decisiones que se toman en la cotidianidad y que influyen directamente sobre el estado nutricional y de salud de los individuos.(Becerra Bulla et al., 2016)

Esta investigación aporta mayor conocimiento y deseos de generar futuros estudios que se desarrollen más a fondo con una muestra más grande y con equipos especializados. La población adulta y los profesionales en nutrición son beneficiados con este estudio, ya que dependiendo de la zona donde residan los pacientes, se podrán hacer planes más específicos. La motivación para realizar esta investigación radica en poder confirmar si verdaderamente la zona rural y urbana influyen en los hábitos alimentarios, calidad de vida y estado nutricional de los adultos de 18 – 40 años de edad.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación de los hábitos de consumo de alimentos y estado nutricional con la calidad de vida de hombres y mujeres entre 18 – 40 años de edad del distrito de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, Costa Rica 2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se muestran los objetivos de la investigación.

1.3.1 Objetivo general

Relacionar los hábitos de consumo de alimentos y estado nutricional con la calidad de vida de hombres y mujeres entre 18 – 40 años de edad del distrito de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, Costa Rica 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir el perfil sociodemográfico de las personas en estudio mediante encuestas.
- Evaluar los hábitos de consumo de alimentos de la población en estudio por medio de cuestionarios y frecuencias de consumo de alimentos.
- Evaluar el estado nutricional de la población en estudio pertenecientes al distrito de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José mediante el indicador de masa corporal (IMC) y la circunferencia de cintura.
- Identificar la calidad de vida de la población en estudio a través de cuestionarios.
- Relacionar los hábitos de alimentación y calidad de vida de la población en estudio.
- Relacionar estado nutricional y calidad de vida de la población encuestada.
- Relacionar hábitos alimentarios y estado nutricional de la población investigada.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

En esta investigación no se realizaron alcances más allá de los objetivos planteados.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

En esta investigación no hubo limitaciones que impidieran el logro de los objetivos.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO TEÓRICO

A continuación, se muestran las definiciones y conceptos necesarios para comprender las variables del estudio.

2.1.1 Hábitos de consumo de alimentos

Carina A. (2012), se refiere a un hábito en los siguientes términos, algo que nos hemos acostumbramos a hacer, a fuerza repetirlo o mirar a alguien que suele obrar de esa forma. Pueden ser personales (como una manera de vestirse) o sociales (como festejos en lo que consumen ciertos platos). Pueden ser nuestra forma de interactuar, de cocinar, de festejar, entre otros. Un hábito de consumo son nuestras costumbres de selección de alimentos, forma de prepararlos, cómo lo presentamos en la mesa, la forma de comerlos, cómo los combinamos, con quien los compartimos. Pág. (11)

Los hábitos alimentarios son actos característicos y repetitivos que se llevan a cabo ante la necesidad de comer y, al mismo tiempo, satisfacen necesidades emocionales y normas sociales. La naturaleza de los hábitos alimentarios es muy compleja, ya que lo que se come depende de diversos factores como: los económicos, sociales, geográficos, climáticos, la infraestructura para el transporte y las comunicaciones, y las políticas agrícolas, las alimentarias, nutricionales y de salud implementadas por un país. Además, existen factores que condicionan individualmente dichos hábitos, tales como: el psicológico, la costumbre, la tradición, la cultura y la religión. Pero igual de importantes son los factores familiares, sociales y la influencia de los medios de comunicación y la publicidad. (Alvarado Lagunas & Luyando Cuevas, 2013)

La alimentación y la nutrición implican un conjunto de aspectos económicos, conductuales, culturales y sociales que son decisivos en la elección y el consumo de alimentos saludables. Al comprender que los contextos sociales y familiares influyen en los hábitos alimentarios inadecuados y que esto último causa daños a la salud. (Alcântara et al., 2019). (Duarte-Cuervo et al., 2015) relacionan la nutrición con los procesos socio-culturales, económicos y ecológicos. Así, "...lo cultural que incluye factores simbólicos, sociales y económicos, en interacción con la información y las preferencias sensoriales, moldean los patrones alimentarios e influyen en la selección de alimentos".

La frecuencia y horarios de consumo, los tipos de comida que se ingieren habitualmente o en determinadas ocasiones, las personas con que se comparte en estos momentos, la información transmitida por los medios de comunicación, forman el "código alimentario", que se refiere a la forma para identificar la identidad y los grupos sociales a los que se pertenece, y proporcionan una clave para los criterios de selección individual de los alimentos. (Duarte-Cuervo et al., 2015)

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Es reconocida la tremenda complejidad de los factores que determinan la conducta alimentaria de un individuo y que se relacionan con una red de influencias de tipo biológico, familiar y social. (Benarroch, A., Pérez, S. y Perales, J., 2011).

La formación de hábitos alimentarios inicia desde edades muy tempranas, por ello es de gran importancia que, desde el período de ablactación (introducción de alimentos sólidos en los bebés), se enseñe a los niños a consumir aquellos alimentos que propician la salud, además de fomentar el establecimiento de horarios o tiempos de alimentación. El proceso de adquisición de los hábitos alimentarios comienza en la familia. La Infancia es el momento

óptimo para adquirir unos buenos hábitos alimentarios. En la adolescencia, los cambios psicológicos y emocionales pueden influir en la dieta, dando excesiva importancia a la imagen corporal, tienen patrones de consumo diferentes a los habituales: comidas rápidas, picoteos... En cambio, en los adultos y en las personas de edad avanzada los hábitos alimentarios son muy difíciles de cambiar. (*Hábitos alimentarios saludables / Ministerio de Educación Pública, s. f.*).

Los alimentos actúan como unión social, porque se comparten con la familia, amigos... están siempre presentes en las demostraciones de amistad, cariño, etc. También permiten intercambios de ideas. Casi todos los acontecimientos humanos están ligados a eventos gastronómicos como las bodas, las ceremonias, las celebraciones, los congresos. También existen factores que determinan los hábitos alimentarios como son los factores fisiológicos (sexo, edad, herencia genética, estados de salud, etc.), factores ambientales (disponibilidad de alimentos), factores económicos, o factores socioculturales (tradición gastronómica, creencias religiosas, estatus social, estilos de vida, etc.). (*Hábitos alimentarios / FEN, s. f.*)

La ingesta de dieta se puede evaluar directa e indirectamente. Las medidas directas tienen como objetivo contar la cantidad absoluta de ingesta habitual de la dieta. Hay varios métodos utilizados para evaluar la ingesta dietética directamente: registros dietéticos, recuerdo dietético de 24 horas, frecuencia de alimentos, instrumentos breves de evaluación dietética, historial de dieta, instrumentos combinados. Los métodos indirectos para evaluar la ingesta dietética habitual consisten en tratar de medir un indicador de la cantidad de ingesta habitual a través de, por ejemplo, marcadores biológicos. (Tomba, 2012)

Evaluación dietética y nutricional, el objetivo de la evaluación dietética y nutricional debe ser identificar áreas apropiadas y pragmáticas de cambio en el estilo de vida dietético. Una

evaluación nutricional primaria no debe tomar más de 5 a 15 minutos y debe obtener la siguiente información: datos relevantes de laboratorio y antropométricos y la dieta actual del paciente. También deben evaluarse los factores culturales y de comportamiento que son pertinentes a las elecciones alimentarias del paciente.(Tomba, 2012)

La evaluación dietética es una tarea fundamental en los estudios epidemiológicos, cuyo objetivo es investigar las asociaciones entre los hábitos alimenticios y los resultados de salud. Los retiros dietéticos de 24 h, los registros de alimentos pesados y las historias narrativas de la dieta se consideran herramientas de evaluación dietética a corto plazo y son métodos de recolección dietética relativamente precisos. Por el contrario, el cuestionario de frecuencia de alimentos (FFQ) cubre un período más largo de historia alimentaria que varía de meses a años, que se puede utilizar para evaluar los hábitos alimenticios. Aunque parece ser un poco difícil recopilar información dietética con precisión utilizando FFQ al recordar, los resultados de la historia de la dieta a largo plazo podrían ser más significativos que los de la ingesta de dieta a corto plazo, particularmente cuando el objetivo es evaluar las relaciones entre los alimentos y sus enfermedades a largo plazo asociadas, acompañadas de factores de riesgo modificables como la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta (ENT). (Liu et al., 2019)

FFQ es un método rentable para la evaluación de la dieta en grandes grupos de población. Todos los FFQ deben adaptarse a la población del mercado objetivo debido a la gran diferencia en los alimentos que contribuyen al suministro diario de nutrientes, así como a la amplia gama de hábitos alimenticios entre las poblaciones. La ingesta de alimentos también varía en gran medida según el origen étnico, social y cultural de la población de estudio. (Liu et al., 2019)

2.1.2 Estado nutricional

El estado nutricional es la condición física, que presenta una persona, como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes. (FAO, s.f.). Conceptualmente, la valoración nutricional para un individuo es igual que para un grupo, aunque no siempre se utiliza la misma metodología en ambas situaciones; generalmente, la valoración del estado de nutrición de una persona o de un grupo de población debe hacerse desde una múltiple perspectiva: dietética, antropométrica, bioquímica, inmunológica y clínica. (Hernández & Cuevas, 2004)

Para conocer el estado nutricional de una población, podemos recurrir a los indicadores directos e indirectos; los indicadores directos evalúan a los individuos y los indirectos permiten sospechar la prevalencia de problemas nutricionales. Los indicadores directos más comunes son los antropométricos, pruebas bioquímicas, datos clínicos. Los indirectos son el ingreso per cápita, consumo de alimentos, tasas de mortalidad infantil, entre otros. Las características de los indicadores para la evaluación del estado nutricional deben ser: a) modificables a la intervención nutricional, b) confiables, c) reproducibles y d) susceptibles de validación. (Hernández & Cuevas, 2004)

Los objetivos de la valoración de estado de nutrición son: a) conocer o estimar el estado de nutrición de un individuo o población en un momento dado, b) medir el impacto de la nutrición sobre la salud, el rendimiento o la supervivencia, c) identificar individuos en riesgo, prevenir la mala nutrición aplicando acciones profilácticas, planeación e implementación del manejo nutricional, d) monitoreo, vigilancia, y confirmar la utilidad y validez clínica de los indicadores. (Hernández & Cuevas, 2004).

La antropometría es un indicador objetivo y tiene como propósito cuantificar la variación en las dimensiones físicas y la composición del cuerpo humano en diferentes edades y con distintos grados de nutrición.(Montesinos-Correa, 2014). Las características antropométricas proporcionan una mejor comprensión del proceso de crecimiento al describir los cambios en el tamaño corporal y la morfología a través de las edades.(Das & Roy, 2010).

La antropometría es la medición científica del cuerpo humano, sus diversos componentes y del esqueleto. Es una palabra compuesta formada por antropo, que se refiere al ser humano (hombre), y metrología, la ciencia que trata las unidades de medida. La antropometría es una de las mediciones cuantitativas más simples del estado nutricional; su utilidad radica en que las medidas antropométricas son un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo. Se emplea tanto en niños como en adultos. Los indicadores antropométricos nos permiten evaluar a los individuos directamente y comparar sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y así identificar el estado de nutrición, diferenciando a los individuos nutricionalmente sanos de los desnutridos, con sobre peso y obesidad. Los indicadores antropométricos más comunes que conocemos son: a) peso-talla, b) talla edad en niños, c) peso-edad, d) medición de circunferencia de cintura y de cadera en adultos y e) índice de masa corporal. (Hernández & Cuevas, 2004)

El peso y la talla son las medidas antropométricas más sencillas de obtener y suponen un medio preciso, rápido y reproducible de valoración nutricional. Se deben tener en cuenta la ropa y el calzado, así como la presencia de edemas, ascitis o una gran masa tumoral que limitarían la utilidad del peso como parámetro de valoración nutricional, ya que pueden

enmascarar una depleción de masa corporal. Mediante tablas específicas se puede obtener el peso ideal a través de la talla, sexo y la edad del paciente. (Cerezo, 2005)

La de relación cintura/cadera (RCC) se ha propuesto en fecha reciente a la evaluación antropométrica del estado de nutrición y es un indicador útil en la descripción de la distribución del tejido adiposo. Así como buena predictora de alteraciones secundarias a la obesidad. El índice se calcula dividiendo la circunferencia de la cintura entre el de la cadera. La relación entre la circunferencia de la cintura o abdominal y de las caderas o glútea proporciona un índice de la distribución regional de la grasa y sirve también para valorar los riesgos para la salud, riesgo de que existan complicaciones tales como diabetes, hipertensión arterial y otros problemas asociados se establecen con base en los siguientes puntos de corte: para hombres de 0.78 a 0.93 y otro para mujeres de 0.71 a 0.84. (Hernández & Cuevas, 2004)

Los datos antropométricos deben incluir el índice de masa corporal del paciente [IMC = peso corporal (en kg) ÷ estatura (altura, en metros) al cuadrado]. (Tomba, 2012). Este índice fue desarrollado por el matemático Lambert Adolphe Quetelet en el siglo XIX. Este matemático se basó en el peso y la talla de los sujetos para determinar si el peso de la persona es adecuado. El IMC es un indicador simple que permite analizar el estado nutricional de un sujeto, pero que no define la composición corporal del mismo, es decir, puede arrojar el déficit o el exceso de peso, pero no diferencia la masa grasa y la masa libre de grasa. Este indicador se calcula al dividir el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de su estatura en metros (kg/m^2). (Parra Zapata et al., 2016). Se consideran valores normales un IMC comprendido entre 20 y 25 kg/m^2 , bajo peso entre 20 y 18,5 kg/m^2 y malnutrición por debajo de 18,5 kg/m^2 . (Cerezo, 2005)

2.1.4 Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto subjetivo, que está relacionado con la percepción que tienen las personas acerca de su vida, en el sentido de si se sienten realizadas con sus propias expectativas y proyectos. Que además de estar relacionado con la percepción individual, tiende a cambiar dependiendo de si la conceptualización es en el ámbito económico, filosófico, político o relacionado con la salud.(González-Baltazar et al., 2010).

La calidad de vida como concepto se refiere al bienestar de los individuos desde una óptica multidimensional, incluyendo por un lado las condiciones de vida objetivas en las que los individuos desarrollan su vida y por otro, la valoración de esas condiciones desde la perspectiva de los propios sujetos. El modo en cómo se sienten los individuos, cómo evalúan sus formas de participación e integración constituyen una dimensión de peso, tanto en el concepto de calidad de vida de los individuos como en el concepto de calidad de vida a nivel de las sociedades. Desde un punto de vista metodológico, esto implica que la calidad de vida no puede ser adecuadamente descrita si utilizamos tan sólo información de tipo objetiva sobre las condiciones y recursos, ya sean colectivos o individuales. La evaluación por parte del individuo de esas condiciones y recursos ofrece una información valiosa a la hora de dar una visión completa del concepto de calidad de vida en todas sus dimensiones.(Arechavala & Trapero, 2009).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un término que frecuentemente vemos referido como sinónimo de calidad de vida, estado de salud, bienestar etc., lo que contribuye a crear confusión entre los diferentes profesionales que toman parte en cuestiones relativas a ella. Es un concepto amplio que incluye no solo el estado de salud, sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud y las expectativas del

propio sujeto. Reúne tres conceptos (salud, estado de salud y calidad de vida) agrupando los factores que forman parte del individuo, así como los que siendo externos interaccionan con él, pudiendo modificar su estado de salud. (Wanden-Berghe et al., 2012)

La influencia de los agentes de socialización y los medios tecnológicos debido al impacto de la ciencia, en la llamada comodidad y calma del ambiente posmoderno, ha tenido tal impacto que la educación del ocio para el desarrollo del ser humano se ha deteriorado con actividades que no tienen beneficios para la salud y reduce la calidad de vida. Las alteraciones del estado nutricional tienen efectos que condicionan de manera importante la calidad de vida del individuo, impidiendo o cuando menos dificultando su desarrollo físico, fisiológico, psicológico y social. (Cevallos & Jaramillo, 2016)

La vida, y sobre todo la calidad de vida, dependen hoy directamente del medio natural y su calidad. La actividad laboral, conjuntamente con la familiar, la escolar, la del grupo social, así como la actividad biológica y psíquica del hombre, forman parte de la actividad humana en la cual tiene lugar el proceso salud-enfermedad. De modo que la estructura genética no es una estructura cerrada y puede modificarse a través de la influencia del organismo con su medio exterior. (Espinosa González, 2004)

La mejor manera de acercarse a la medición de la calidad de vida, es medir el grado en que las necesidades de felicidad de la gente se cumplen, es decir, estas necesidades son una condición necesaria de la felicidad de cualquier persona - sin las cuales ningún miembro de la raza humana puede ser feliz. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha publicado el Índice Anual de Desarrollo Humano (HDI) para los países de todo el mundo. Se analiza la salud, la educación y la riqueza de los ciudadanos de cada nación por

la medición de la esperanza de vida, el rendimiento escolaridad y el nivel de vida (PIB real per cápita). (Zapata & Duque, 2013)

2.1.5 Población adulta joven

Si bien puede definirse de forma general este período de reciente interés como la “transición de la adolescencia a la adultez”, no es lo mismo hablar de “joven adulto” que de “adulto emergente”. Estos dos conceptos se pueden confundir fácilmente, pues tienen una intersección en su definición: mientras que “adulto emergente” corresponde al período de 18 a 25 años, “adulto joven” suele definirse para el período de los 20 a los 29 años. (Manzara, D., Pérez – Acosta, A., Marta, E. y González, María Isabel, 2010). Según la Ley General de la Persona Joven (8261, artículo 2), define persona joven, Personas con edades comprendidas entre los doce y treinta y cinco años, llámense adolescentes, jóvenes o adultos jóvenes; lo anterior sin perjuicio de lo que dispongan otras leyes en beneficio de los niños y adolescentes.

Al llegar a los 18 años los individuos de ambos sexos, en la mayoría de países, son incorporados formalmente, sin mayores ceremonias a la sociedad civil mediante algún tipo de identificación oficial que les reconoce como "mayores de edad" hasta el fin de su vida. Adulto es todo ser humano desde los 25 a los 64 años. En este sub-período, además de los cambios biológicos, las diferencias en el desarrollo se relacionan con la mejor calidad de vida y la mayor esperanza de vida, lo que influye en la personalidad de sus integrantes y en su quehacer social. (Mansilla A., 2014)

Adultos Jóvenes o adultos primarios (25 a 39 años). Ya cuentan con un trabajo y una familia en crecimiento que, especialmente al inicio de la categoría, les produce conflictos por su tendencia a la actividad juvenil frente a las responsabilidades familiares y laborales. Es decir, enfrenta la madurez de su desarrollo. Al llegar al final de esta sub-categoría se observan

cambios físicos, tales como canas, arrugas iniciales, pérdida de flexibilidad principalmente por falta de ejercicio, y se alcanza un punto importante del desarrollo intelectual.(Mansilla A., 2014)

Los hábitos dietéticos de los adolescentes y adultos jóvenes son afectados por el mercado de la comida rápida, que trae como consecuencia, el sobrepeso y la obesidad lo que se observa cada vez más entre los jóvenes. (Durán Agüero et al., 2012). Cambios en la estructura corporal y la morfología en humanos. ocurre durante su vida útil. En cada etapa de la vida, hay cambios físicos en el cuerpo humano. Generalmente, desde los 20 hasta los 35 años, la mayor parte de la dimensión del cuerpo físico está en su mejor forma. Los cambios que ocurren durante la edad adulta se conocen como cambios de edad, que es relativamente más lento. Los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en todo el proceso de cambio en las características antropométricas durante la edad adulta entre los individuos. (Das & Roy, 2010)

La variación en las características antropométricas y de composición corporal en la edad adulta se deben principalmente a cambios osteológicos, cambios en la grasa y el tejido muscular. Mediciones antropométricas en el individuo parece alcanzar su pico a diferentes edades. En general, la altura alcanza el pico temprano en la vida (p. ej. alrededor de los 20 años), el peso alcanza su pico después de los 30 años, circunferencias y algunas características funcionales alcanzan alrededor del mismo tiempo, las medidas de ancho alcanzan su pico de edades posteriores. (Das & Roy, 2010)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque de la presente investigación es mixto, ya que se recolectarán datos con base numérica y datos sin base numérica.

3.2 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

Es una investigación de tipo correlacionado y explicativo, debido a que determina la relación entre las variables y por qué se relacionan.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

Las unidades de análisis del estudio corresponden a adultos jóvenes entre 18 y 40 años de edad pertenecientes al cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.

3.3.1 Población

Se trabaja con una población de 100 adultos entre los 18 y 40 años de edad en la región del distrito central de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José. Además de 10 personas para el desarrollo del plan piloto.

3.3.2 Muestra

La muestra es no probabilística, ya que se necesitan personas que cumplan con los criterios de inclusión.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla N° 1 *Criterios de la investigación*

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Hombres y mujeres.	Hombres y mujeres con problemas de movilidad.
Hombres y mujeres entre 18 – 40 años de edad.	Mujeres embarazadas.
Hombres y mujeres que vivan en Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.	
Hombres y mujeres que vivan en los cantones de Liberia y Vázquez de Coronado hace 5 años o más.	

Fuente: elaboración propia, 2019

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Equipo

A continuación, se describe el equipo utilizado para la toma de medidas antropométricas.

Para determinar el estado nutricional antropométrico de los participantes se utiliza una balanza de cristal con medidor de masa corporal marca STEREN, modelo MED – 105RO, dimensión 300x280x6mm, la cual tiene la capacidad de 150kg. (STEREN, 2015). Además, para obtener la talla y circunferencia de cintura de los participantes se utiliza una cinta métrica que permite un rango de medición de 1 a 300 centímetros.

Instrumentos para la recolección de los datos

Los cuestionarios utilizados para medir las variables del estudio son los que se presentan a continuación:

- Información sociodemográfica

Se recolecta mediante el cuestionario de elaboración propia, donde se pregunta el sexo, edad, estado civil, residencia, ingresos mensuales y años de residir en el lugar.

- Hábitos alimentarios

Para la evaluación de los hábitos alimentarios de los participantes, se utiliza un cuestionario de elaboración propia, el cual cuenta con 9 preguntas cerradas para identificar aspectos como los tiempos de comida entre semana y fines de semana, el consumo de líquido durante el día, compañía en la comida, adicción de sal, tipo de grasa para la cocción de alimentos, consumo de azúcar, entre otros.

Además, se evalúa la frecuencia de consumo de alimentos adaptada a la población en estudio, la cual cuenta con 16 agrupaciones de alimentos: harinas, verduras harinosas, frutas, vegetales no harinosos, carnes, pescados y mariscos frescos, pescados y mariscos enlatados, embutidos, huevo, lácteos, productos altos en grasa, productos altos en azúcar, comida rápida, snacks o productos procesados, bebidas azucaradas y bebidas alcohólicas; y tiene cuatro opciones de respuesta: todos o casi todos los días, algunas veces a la semana, algunas veces al mes y nunca o casi nunca.

Los cuestionarios de frecuencia de consumo son herramientas ampliamente utilizadas en los estudios epidemiológicos que investigan la relación entre ingesta dietética y enfermedad o factores de riesgo desde comienzos de la década de los 90. Los tres componentes principales de estos cuestionarios son la lista de alimentos, la frecuencia de consumo y el tamaño de la ración consumida. La lista de alimentos debe reflejar los hábitos de consumo de la población de estudio en el momento en que se recogen los datos. La frecuencia de consumo puede

preguntarse de forma abierta u ofreciendo categorías de frecuencia de consumo. Los cuestionarios cualitativos no preguntan por la ración consumida; los semi-cuantitativos presentan raciones estándar y los cuestionarios cuantitativos solicitan al encuestado que estime el tamaño de la ración consumida en medidas caseras o en gramos. (Carmen Pérez Rodrigo, 2015)

- Estado nutricional y circunferencia de cintura

Por medio de la toma del peso y la talla se procede al cálculo del índice de masa corporal (IMC). Los resultados se interpretan de acuerdo a los parámetros establecidos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere que el IMC “normal” se considera entre 18.5 y 24.9. Cuando un individuo tiene un IMC por debajo de 18.5 se considera con delgadez, y si tiene un IMC desde 25 se considera con sobrepeso. Esta clasificación es válida en la mayoría de los adultos: excepto en atletas, en adultos mayores, en pacientes con otras condiciones de salud, y en algunas poblaciones asiáticas. Se clasifica el estado nutricional, en las siguientes categorías: obesidad I, II y III, sobrepeso, normal, bajo peso I, II y III.

La circunferencia de cintura se toma utilizando una cinta métrica graduada, con espacio en blanco inicial propio para manipularla, se realiza la medición a nivel de la media distancia entre reborde costal inferior y cresta ilíaca. (León & Fernández, 2012)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1997 propuso puntos de corte (umbrales) para identificar personas en riesgo, estableciendo tres categorías, “bajo riesgo” ≤ 79 cm en mujeres y ≤ 93 cm en hombres; “riesgo incrementado” de 80 a 87 cm en mujeres y de 94 a 101 cm en hombres, y “alto riesgo” ≥ 88 cm en mujeres y ≥ 102 cm en hombres. (Aráuz-Hernández, Guzmán-Padilla, & Roselló-Araya, 2013)

- Calidad de vida

Para la evaluación de la calidad de vida se utiliza el cuestionario; el SF – 36 adaptada a la población y los resultados que se esperan encontrar.

El SF-36 está diseñado para ser auto-administrado, administrado por teléfono, o administrado durante una entrevista cara a cara con encuestados de 14 o más años de edad. Originalmente desarrollado para su uso en los Estados Unidos, la traducción al castellano del cuestionario siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQOLA. Se basa en el método de traducción y retrotraducción por profesionales y la realización de estudios pilotos con pacientes. El sistema estandarizado de puntuación descrito en este manual da por resultado un perfil de nueve escalas de puntuación: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional salud mental y evolución declarada de la salud. (J. Alonso y Cols 2003).

3.4.1 Validez

El instrumento de recolección de datos es validado mediante la ejecución de un plan piloto, para el cual se realiza con el 10% de la muestra. Esta muestra es similar más no igual a la del estudio, con el fin de comprobar si el instrumento es comprendido por los participantes y si no genera problemas a la hora de la ejecución. En total son diez personas, cinco en Liberia y cinco en Coronado.

Para aumentar su validez, el instrumento se aplica con metodología diferente a la del plan piloto, la cual es primero la toma de medidas antropométricas y luego la ejecución de la encuesta, esto debido a que, durante el plan piloto, los participantes realizaban la encuesta y al final anotaban sus medidas en los campos correspondientes, los cuales debía ser

exclusivamente para el encuestador. Además, se explica cómo debe de realizarse la encuesta, ya que se marcaba más de una opción.

3.4.2. Confiabilidad

Para aumentar la confiabilidad, las mediciones antropométricas se aplican por triplicado, la ejecución de la encuesta se realiza fines de semana o fuera de horario laboral y en un ambiente tranquilo.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la presente investigación es no experimental, se observa el fenómeno en su contexto natural, sin manipular ninguna variable y observarlas o medirlas en su estado natural. De tipo transversal, ya que la aplicación de los instrumentos se hará una única vez.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

En la siguiente matriz se muestra la operacionalización de las variables del estudio.

Tabla N° 2 *Operacionalización de las variables*

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Describir el perfil sociodemográfico de las personas en estudio mediante encuestas.	Perfil sociodemográfico	Descripción de características sociales y demográficas de una población.	Aplicación de un cuestionario	Sexo	Femenino Masculino	Cuestionario de elaboración propia (ver anexo N°6)
				Edad	18- 25 años 26- 35 años 36 – 40 años	
				Ingreso mensual	150 – 250 mil 251 – 350 mil 351 – 400 mil Más	
				Residencia	Liberia Santa Ana	
				Años de residir en el lugar	5 – 10 años 11 – 15 años 16 años o más	
				Estado civil	Soltero	

Continúa...

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
					Casado Viudo Unión libre Divorciado	
Identificar la calidad de vida de la población en estudio a través de cuestionarios.	Calidad de vida	Percepción que tienen las personas acerca de su vida, en el sentido de si se sienten realizadas con sus propias expectativas y proyectos.	Aplicación de un cuestionario.	Función física (10 ítems)	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada	Cuestionario SF-36 (ver anexo N°6)
				Rol físico (4 ítems)	Sí No	
				Dolor corporal (2 ítems)	Ítem 1 No, ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí, muchísimo Ítem 2 Nada Un poco Regular Bastante Mucho	
				Salud general (5 ítems)	Ítem 1 Excelente	

Continúa...

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
					Muy buena Buena Regular Mala Ítem 2, 3, 4 y 5 Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa	
				Vitalidad (4 ítems)	(4 Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca	
				Función social (2 ítems)	Ítem 1 Nada Un poco Regular Bastante Mucho Ítem 2 Siempre Casi siempre Algunas veces Solo alguna vez Nunca	

Continúa...

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento	
				Rol emocional (3 ítems)	Sí No		
				Salud mental (5 ítems)	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Solo alguna vez Nunca		
				Evolución declarada de la salud (1 ítems)	Mucho mejor ahora que hace un año Algo mejor ahora que hace un año Más o menos igual que hace un año Algo peor ahora que hace un año Mucho peor ahora que hace un año		
Evaluar los hábitos de consumo de alimentos de la población en estudio por medio de cuestionarios y frecuencias de consumo de alimentos.	Hábitos de consumo de alimentos.	de Conjunto de costumbres que condicionan la forma en que los individuos o grupos seleccionan, preparan y	de Aplicación de un cuestionario y frecuencia de consumo de alimentos	de un cuestionario y frecuencia de consumo de alimentos	Tiempos de comida de lunes a viernes y de sábados a domingos.	Desayuno de la mañana Merienda de la tarde Cena Colación nocturna	Cuestionario de elaboración propia (ver anexo N°6).

Continúa...

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
		consumen los alimentos.		Consumo de líquido al día	Menos de 2 vasos 2 a 4 vasos 5 a 7 vasos 8 a 9 vasos más de 9 vasos	
				Endulzante usado en bebidas calientes o frías	Azúcar Sustituto (Splenda, Natuvia, etc.) Miel Otros	
				Tipos de grasas utilizada con mayor frecuencia en la preparación de alimentos.	Manteca vegetal Manteca animal Aceite vegetal (soya, girasol, oliva, etc.) Aceite en <i>spray</i> Otros	
				Tipo de cocción que utilizan en el hogar	Frito Asado Hervido A la plancha Al vapor Al horno Microondas No consume	

Continúa...

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
				Agrega sal a la comida servida en la mesa	Siempre o casi siempre Algunas veces Nunca o casi nunca	
				Bebida que suele acompañar las comidas	Agua Gaseosa Refresco natural Refresco de paquete Bebidas calientes (té, café) Ninguna Otras	
				La mayoría de las comidas las realiza	Solo En compañía	
				Cuanta azúcar les agrega a sus bebidas (café, té, fresco)	1 a 2 cucharaditas por vaso o taza. 3 a 4 cucharaditas por vaso o taza. 5 o más cucharaditas por vaso o taza. No le agrego azúcar a las bebidas.	

Continúa...

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
					Uso sustituto (Splenda, Natuvia, etc.)	
				Frecuencia de consumo alimentos (16 grupos)	de los días Algunas veces a la semana Algunas veces al mes Nunca o casi nunca	
Evaluar el estado nutricional de la población en estudio pertenecientes al distrito de Liberia, Guanacaste y Santa Ana, San José mediante el indicador de masa corporal (IMC) y la circunferencia de cintura.	Estado nutricional.	Condición física, que presenta una persona, como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes.	Toma de peso, talla y circunferencia abdominal	Peso en kilogramos entre Talla en metros al cuadrado (IMC)	Obesidad III Obesidad II Obesidad I Sobrepeso Normal Bajo peso I Bajo peso II Bajo peso III	Balanza y tallímetro. Cinta métrica.
				Circunferencia de cintura en centímetros	Circunferencia de cintura clasificada en mínima, máxima	

Fuente: Elaboración propia.

3.7 PLAN PILOTO

La muestra utilizada cumple con los criterios de inclusión para la investigación, sin embargo, la cantidad fue diferente, siendo seis personas en Liberia y cuatro en Coronado.

El instrumento aplicado consta de cinco partes, la primera es sobre datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, ingreso mensual, residencia y años de residir), la segunda parte es sobre calidad de vida el cual se utilizó el cuestionario SF – 36 que consta de 11 preguntas, la tercera parte corresponde a diez preguntas cerradas sobre hábitos alimentarios, la cuarta parte es una frecuencia de consumo de alimentos conformada por dieciséis grupos de igual manera con respuestas cerradas y la quinta parte datos antropométricos, cada medida se realiza tres veces para mayor precisión y el dato promedio se anota en este espacio (peso, talla, CC). Para un total de ocho hojas y cuatro páginas de instrumento.

Al aplicar el instrumento se detecta en primer lugar que, los participantes llenaban el cuadro de datos antropométricos y que confundía la talla con la talla de prenda de ropa o de calzado, en segundo lugar, los participantes se tardaban mucho en completar el cuestionario de calidad de vida, pero no presentaron duda alguna y, por último, en la parte de hábitos alimentarios marcaban más de una opción por pregunta. Por ello, se modifica la metodología a la hora de aplicar el cuestionario, realizando primero las mediciones y luego que el participante termine con el cuestionario y se explica antes de su aplicación lo que se debe realizar para cada parte del mismo.

Para el desarrollo adecuado del plan piloto, a los participantes se les entrega y explica el consentimiento informado, posteriormente se toman las medidas y se aplica el cuestionario.

3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos del presente estudio se lleva a cabo en dos lugares, Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.

En primer lugar, se procede a recolectar los datos en Liberia, por lo que se traslada al lugar el día 22/01/2020 y se contacta a los participantes que cumplen con los criterios de inclusión. La recolección se lleva a cabo visitando las casas de cada uno de los participantes y con publicidad en redes sociales (Instagram y Facebook). La recolección termina el día 26/01/2020. Seguidamente se traslada a Vázquez de Coronado el día 28/02/2020. Se elabora una planificación para la recolección, la cual consiste en visitar 10 personas por día hasta obtener las 50 muestras, estas visitas se dieron durante 2 semanas. La recolección culmina el día 11/02/2020 e inmediatamente se procede a contactar al estadístico para el análisis de los datos.

3.9 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

La organización de los datos se pasa en archivos de Excel, elaborando una base de datos, de la cual se hace el análisis univariado, bivariado, gráficos y tablas correspondientes.

3.10 ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos se realiza utilizando la prueba estadística de Chi al cuadrado. El cual se lleva a cabo por un estadístico.

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

El presente capítulo tiene como fin detallar los resultados obtenidos de la investigación.

4.1.1 Resultados univariados

En primer lugar, se exponen los resultados de cada una de las variables de la investigación.

4.1.2 Características sociodemográficas de los adultos de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.

En la siguiente tabla se describe la distribución de la muestra (n=100), según el perfil sociodemográfico, tomando en cuenta las variables sexo, edad, residencia, años de residir, ingreso mensual y estado civil.

Tabla N° 3 *Perfil sociodemográfico de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Características sociodemográficas	Liberia				Coronado			
	Femenino (n=28)		Masculino (n=22)		Femenino (n=34)		Masculino (n=16)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rango de edad								
18 – 25 años	18	64,4	8	36,4	12	35,3	4	25
26 – 35 años	5	17,8	12	54,5	12	35,3	9	56,3
36 – 40 años	5	17,8	2	9,1	10	29,4	3	18,7
Estado civil								
Soltero	20	71,4	15	68,2	20	58,8	9	56,2
Casado	6	21,4	4	18,2	9	26,5	3	18,7
Viudo								
Unión libre	2	7,2	3	13,6	2	5,8	3	18,7
Separado					3	8,9	1	6,3
Ingreso mensual								
Menos de 150 mil	4	14,3	2	9,1	5	14,7	1	6,3
150 mil – 250 mil	5	17,8	5	22,7	9	26,5	5	31,2
251 mil – 350 mil	6	21,5	4	18,2	14	41,2	6	37,5
351 mil – 450 mil	1	3,6	3	13,6			1	6,3
Más de 450 mil	7	25	6	27,3	1	2,9	1	6,3
Ninguno	5	17,8	2	9,1	5	14,7	2	12,4
Años de residir								
5 – 10 años	2	7,2	5	22,7	17	50	6	37,5
11 – 15 años	3	10,7	2	9,1	2	5,8	1	6,3
16 años o más	23	82,1	15	68,2	15	44,2	9	56,2

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N° 3 se detallan las características sociodemográficas, donde se destaca que tanto las mujeres liberianas (64,4%) como coronadeñas (35,3%) presentan edades entre los 18 – 25 años de edad, a diferencia de los hombres para ambas residencias, donde la edad predominante fue dentro del rango de 26 – 35 años. La mayoría de la muestra tanto hombres como mujeres de ambas residencias se encuentra en un estado civil de soltero, siendo este mayor para la población femenina. De acuerdo a los años de residencia, el 76% de la población liberiana tiene 16 años o más de vivir en Liberia, mientras que en Coronado el 46% de la población tiene 5 – 10 años y el 48% 16 años o más de vivir.

4.1.3 Hábitos alimentarios de los adultos de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.

A continuación, se muestran tablas con información detallada de los hábitos alimentarios de ambas muestras.

Tabla N° 4 *Tiempos de comida realizados de lunes a viernes según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Tiempo de comida (L a V)	Liberia												Coronado											
	Femenino						Masculino						Femenino				Masculino							
	S		Av		N		S		Av		N		S		Av		N		S		Av		N	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Desayuno	22	79	4	14	2	7	13	59	6	27	3	14	29	85	5	15	-	-	13	81	3	19	-	-
Merienda Mañana	9	32	12	43	7	25	5	23	8	36	9	41	9	26	15	44	10	29	1	6	9	56	6	9
Almuerzo	27	96	0	0	1	4	21	95	1	6	0	0	32	94	2	6	-	-	12	75	3	19	1	6
Merienda Tarde	9	32	10	36	9	32	6	27	11	50	5	23	14	41	14	41	6	18	4	25	8	50	4	25
Cena	24	85	2	7	2	7	19	86	3	14	0	0	25	74	7	21	2	6	13	81	2	13	1	6
Colación Nocturna	4	14	10	36	14	50	3	14	8	36	11	50	5	15	6	18	23	68	2	13	5	31	9	56

*S= siempre, Av= algunas veces, N= nunca

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N° 4 se puede observar los tiempos de comida y la frecuencia con la que los adultos realizan los respectivos tiempos. Los adultos liberianos, la mayoría de las mujeres (79%) y hombres (59%) siempre o casi siempre realizan el desayuno; respecto a los coronadeños se muestra que el 85% de las mujeres lo realizan siempre y los hombres un 81%, siendo mayormente realizado por parte del sexo femenino. Además, se destaca la baja frecuencia de la merienda de la mañana y tarde en los adultos tanto liberianos como coronadeños. La merienda nocturna no es común en ambos lugares y cabe destacar que el tiempo más realizado es el almuerzo siendo este de 96% las mujeres y 95% los hombres liberianos y 94% las mujeres y 75% los hombres coronadeños.

Tabla N° 5 *Tiempos de comida realizados de sábado a domingo según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Tiempo de comida (L a V)	Liberia												Coronado											
	Femenino						Masculino						Femenino						Masculino					
	S		Av		N		S		Av		N		S		Av		N		S		Av		N	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Desayuno	19	68	5	18	4	14	14	64	6	27	2	9	28	82	5	15	1	3	11	69	5	31	0	0
Merienda Mañana	7	25	14	50	7	25	4	18	8	36	10	45	10	29	13	38	11	32	1	6	8	50	7	44
Almuerzo	27	96	1	4	0	0	20	91	1	5	1	5	32	94	2	6	0	0	11	69	3	19	2	13
Merienda Tarde	11	39	10	36	7	25	8	36	9	41	5	23	15	44	16	47	3	9	6	38	6	38	4	25
Cena	24	86	3	11	1	4	17	77	4	18	0	0	24	71	7	21	3	9	10	63	3	19	3	19
Colación Nocturna	3	11	13	46	12	43	2	9	9	41	11	50	3	9	7	21	24	71	8	50	2	13	6	38

*S= siempre, Av= algunas veces, N= nunca

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N° 5 se muestra la frecuencia de los tiempos de comida que realizan los adultos los fines de semana, se destaca que los adultos liberianos realizan menos el tiempo de desayuno en relación a entre semana, con un 68% mujeres y 64% hombres. Además, se

observa un descenso en la frecuencia de la cena en los adultos coronadeños y nuevamente el tiempo del almuerzo es el que se realiza con mayor frecuencia en ambos lugares con 96% mujeres y 91% hombres pertenecientes al cantón de Liberia y 94% mujeres y 69% hombres pertenecientes al cantón de Vázquez de Coronado.

En la Tabla N° 6 se muestran los hábitos alimentarios de los adultos liberianos y coronadeños, se observa que las mujeres tanto de Liberia como de Coronado consumen de 2 a 4 vasos de líquido al día, mientras que los hombres en ambos lugares consumen de 5 a 7 vasos. Se observa un consume de azúcar en la mayor parte de la muestra estudiada, 76% Liberia y 66% Coronado. De la misma manera, la mayoría de la muestra indica consumir de 1 a 2 cucharaditas de azúcar por vaso o taza. Respecto al tipo de grasa utilizada en la casa para cocinar, el 75% (mujeres) y el 77,2% (hombres) liberianos y el 82,3% (mujeres) y 93,7% (hombres) coronadeños utilizan aceite vegetal.

De la misma manera, tanto hombres como mujeres de ambas residencias, nunca o casi nunca le agregan sal a la comida preparada, sin embargo, en Liberia y Coronado las mujeres (28,5%) y (26,4%) respectivamente, algunas veces le adicionan.

En la mayor parte de la muestra acompañan las comidas con agua y estas mismas la realizan en compañía; para el cantón de Vázquez de Coronado la población femenina está distribuida 50% solo y 50% acompañada.

Tabla N° 6 *hábitos alimentarios según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Hábitos alimentarios	Liberia				Coronado			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Consumo de líquido al día								
Menos de 2 vasos	2	7,1	0	0	2	5,8	3	18,7
2 a 4 vasos	9	32,1	2	9,0	15	44,1	3	18,7
5 a 7 vasos	7	25	8	36,3	7	20,5	5	31,2
8 a 9 vasos	7	25	6	27,2	6	17,6	2	12,5
Más de 9 vasos	3	10,7	6	27,2	4	11,7	3	18,7
Tipo de endulzante usado								
Azúcar	23	82,1	15	68,1	23	67,6	10	62,5
Sustituto (Splenda, Natuvia, etc)	3	10,7	4	18,1	5	14,7	4	25
Miel	0	0	0	0	0	0	1	6,2
Otros	2	7,1	3	13,6	6	17,6	1	6,2
Cantidad de azúcar agregada								
1 a 2 cucharaditas	19	67,8	13	59,0	19	55,8	10	62,5
3 a 4 cucharaditas	4	14,2	2	9,0	6	17,6	2	12,5
5 o más cucharaditas	0	0	0	0	0	0	0	0
No le agrega azúcar	3	10,7	6	27,2	6	17,6	2	12,5
Usa sustituto: Splenda, Natuvia	2	7,1	1	4,5	3	8,8	2	12,5
Tipo de grasa utilizada								
Aceite vegetal	21	75	17	77,2	28	82,4	15	93,7
Aceite en <i>spray</i>	4	14,2	3	13,6	5	14,7	0	0
Manteca vegetal	3	10,7	1	4,5	0	0	1	6,2
Manteca animal	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	1	4,5	1	2,9	0	0
Adición de sal a las comidas								
Siempre o casi siempre	3	10,7	2	9,0	6	17,6	2	12,5
Algunas veces	8	28,5	4	18,1	9	26,4	6	37,5
Nunca o casi nunca	17	60,7	16	72,7	19	55,8	8	50
Bebida con que acompaña comidas								
Agua	18	64,2	12	54,5	20	58,8	5	31,2
Gaseosas	0	0	1	4,5	0	0	2	12,5
Refresco natural	5	17,8	4	18,1	5	14,7	6	37,5
Refresco de paquete	4	14,2	4	18,1	3	8,8	1	6,2
Bebidas calientes	1	3,5	0	0	0	0	0	0
Ninguna	0	0	0	0	3	8,8	0	0
Otros	0	0	1	4,5	3	8,8	2	12,5
Compañía en las comidas								
Solo	8	28,5	11	50	17	50	7	43,7
En compañía	20	71,4	11	50	17	50	9	56,2

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se muestran grupos de alimentos y la frecuencia con la que los consumen los adultos de Liberia y Vázquez de Coronado.

Tabla N° 7 *Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de carbohidratos según residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Fuentes de carbohidratos	Liberia								Coronado							
	CTD		Av semana		Av mes		N		CTD		Av semana		Av mes		N	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Harinas	39	78,0	6	12,0	5	10,0	0	0,0	34	68,0	11	22,0	3	6,0	2	4,0
Verduras harinosas	6	12,0	27	54,0	14	28,0	3	6,0	11	22,0	24	48,0	10	20,0	5	10,0
Frutas	8	16,0	18	36,0	17	34,0	7	14,0	12	24,0	23	46,0	11	22,0	4	8,0
Vegetales no harinosos	18	36,0	25	50,0	6	12,0	1	2,0	8	16,0	29	58,0	8	16,0	5	10,0

*CTD= casi todos los días, Av semana= algunas veces a la semana, Av mes= algunas veces al mes, N= nunca o casi nunca.

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N° 7 se observa que el 78% y 68% consumen harinas (pan, arroz, tortillas, avena, etc.) todos o casi todos los días tanto en Liberia como Coronado respectivamente. En Coronado se presenta un mayor consumo de verduras harinosas (papa, plátano, camote, etc.) y frutas (manzana, pera, piña, etc.) en relación con Liberia y en cuanto a los vegetales no harinosos (chayote, zanahoria, brócoli, etc.) los liberianos 36% lo consumen todos o casi todos los días mientras que en Coronado el 58% lo consume algunas veces a la semana.

Tabla N° 8 *Frecuencia de consumo de alimentos de origen animal según residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Fuentes de carbohidratos	Liberia								Coronado							
	CTD		Av semana		Av mes		N		CTD		Av semana		Av mes		N	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Carnes	35	70,0	13	26,0	1	2,0	1	2,0	20	40,0	22	44,0	5	10,0	3	6,0
Pescados y mariscos frescos	4	8,0	21	42,0	17	34,0	8	16,0	6	12,0	22	44,0	12	24,0	10	20,0
Pescados y mariscos enlatados	9	18,0	25	50,0	9	18,0	7	14,0	7	14,0	16	32,0	17	34,0	10	20,0
Embutidos	11	22,0	21	42,0	13	26,0	5	10,0	8	16,0	20	40,0	14	28,0	8	16,0
Huevos	27	54,0	14	28,0	4	8,0	5	10,0	25	50,0	20	40,0	3	6,0	2	4,0
Lácteos	20	40,0	17	34,0	12	24,0	1	2,0	24	48,0	15	30,0	5	5,0	6	12,0

*CTD= casi todos los días, Av semana= algunas veces a la semana, Av mes= algunas veces al mes, N= nunca o casi nunca.

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla anterior se observa el consumo de productos de origen animal, se destaca un consumo alto de lácteos (leche, yogurt, etc.) en ambas residencias y de carnes (pollo, res, cerdo) también. Un 96% de los liberianos consume algunas veces a la semana pescados y mariscos frescos y enlatados y en coronado sucede algo similar con un 76%. Se observa un consumo alto de embutidos (mortadela, chorizo, etc.) en ambos lugares correspondiente a Liberia y Coronado un 42% y 40% algunas veces a la semana.

Tabla N° 9 *Frecuencia de consumo de diversos productos según residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Fuentes de carbohidratos	Liberia								Coronado							
	CTD		Av semana		Av mes		N		CTD		Av semana		Av mes		N	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Altos en grasa	11	22,0	23	46,0	11	22,0	5	10,0	10	20,0	23	46,0	12	24,0	5	10,0
Altos en azúcar	7	14,0	12	24,0	19	38,0	12	24,0	8	16,0	15	30,0	15	30,0	12	24,0
Comida rápida	6	12,0	17	34,0	22	44,0	5	10,0	5	10,0	16	32,0	18	36,0	11	22,0
Snacks	7	14,0	17	34,0	21	42,0	5	10,0	9	18,0	13	26,0	14	28,0	14	28,0
Bebidas azucaradas	7	14,0	18	36,0	13	26,0	12	24,0	5	10,0	14	28,0	16	32,0	15	30,0
Bebidas alcohólicas	3	6,0	10	20,0	19	38,0	18	36,0	4	8,0	5	10,0	19	38,0	22	44,0

*CTD= casi todos los días, Av semana= algunas veces a la semana, Av mes= algunas veces al mes, N= nunca o casi nunca.

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N° 9 se observa que el consumo de productos altos en grasa (mantequilla, queso crema, etc.) es más frecuente algunas veces a la semana en ambos lugares. La comida rápida y bebidas alcohólicas son frecuentadas algunas veces al mes en el cantón de Liberia con 44% y 38% respectivamente. En Coronado el 44% de la muestra nunca o casi nunca consumen bebidas alcohólicas.

Tabla N° 10 *Clasificación de hábitos alimentarios según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Escala de hábitos alimentarios	Liberia				Coronado			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Saludable	14	50	8	36,3	13	38,2	6	37,5
Medianamente saludable	13	46,4	14	63,6	21	61,7	9	56,2
No saludable	1	3,5	0	0	0	0	1	6,2

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la tabla anterior, se observa la clasificación de los hábitos alimentarios como saludables, medianamente saludables y no saludables. Esta clasificación se obtiene a partir de una escala de hábitos que se elabora tomando en cuenta las 10 preguntas sobre hábitos

alimentarios más la frecuencia de consumo del cuestionario aplicado (ver anexo 6). Para cada una de las preguntas incluyendo las de la frecuencia de consumo, se le otorgó una puntuación de 3 a 1 (ver anexo 7). La clasificación se hace de acuerdo a la puntuación obtenida, saludables con una puntuación igual o superior al 80% del total de puntos posibles, medianamente saludables con una puntuación entre 60% y menos del 80% y no saludables inferiores al 60%. Una puntuación inferior a los 47 puntos se clasifica como hábitos no saludables, 47 – 61 puntos hábitos medianamente saludables y 62 – 78 puntos hábitos saludables.

La mayoría de las mujeres tanto liberianas como coronadeñas presentan hábitos saludables a diferencia de los hombres, sin embargo, la mayor parte de la muestra indica presentar hábitos medianamente saludables 54% en Liberia y 60% Coronado. En cuanto a hábitos no saludables se presenta una persona del sexo femenino en Liberia y uno del sexo masculino para Coronado.

4.1.4 Estado nutricional de los adultos de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.

Para determinar el estado nutricional se realizan medidas antropométricas: peso, talla y circunferencia de cintura.

Tabla N° 11 *Evaluación cuantitativa de las variables antropométricas según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Antropometría	Liberia						Coronado					
	Femenino n= (28)			Masculino n= (22)			Femenino n= (34)			Masculino n= (16)		
	Mín.	Med.	Máx.	Mín.	Med.	Máx.	Mín.	Med.	Máx.	Mín.	Med.	Máx.
Peso corporal (kg)	44,0	58,95	100,0	60,00	78,0	120,0	47,50	68,00	100,0	45,50	81,70	130,0
Talla corporal (m)	1,45	1,61	1,70	1,60	1,75	1,86	1,51	1,65	1,82	1,55	1,73	1,88
IMC (kg/m ²)	17,70	22,80	40,10	20,20	27,00	35,00	20,10	23,15	49,00	15,50	26,90	47,70
C.C (cm)	60,50	74,50	113,0	65,00	86,00	111,0	62,00	75,00	106,0	63,00	93,00	121,0

*Mín.=Mínima, Med= Media, Máx.=Máxima.

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla N° 11, se muestran las variables antropométricas de los adultos, se puede identificar que las mujeres liberianas presentan una media de talla (1,61 m), cuatro centímetros menores a las coronadeñas (1,65 m), en relación con el IMC (22,8 kg/m²) y la CC (74,5 cm) las liberianas presentan medias menores a las coronadeñas, 23,15 kg/m² y 75 cm respectivamente. De acuerdo con los hombres liberianos, se observa que presentan una media de talla (1,75 m) e IMC (27 kg/m²) mayores a los coronadeños, y con respecto a la circunferencia de cintura esta es mayor en los hombres coronadeños (93 cm) que liberianos (86 cm).

Las mujeres liberianas presentan un promedio de peso, talla, CC e IMC de 62 kg, 1,60 m, 76,6 cm y 24,2 kg/m² respectivamente, mientras las coronadeñas de 69,2 kg, 1,65 m, 76,1 cm y 25,2 kg/m². En cuanto al sexo masculino, los liberianos presentan un promedio de 82,1 kg, 1,74 m, 87 cm y 25,3 kg/m² y los coronadeños de 83 kg, 1,73 m, 92,3 cm y 26,2 kg/m². Como

se logra apreciar, son las cifras son mayores en la población Coronadeña en ambos sexos con respecto a los liberianos, únicamente la talla es mayor en los hombres liberianos.

Tabla N°12 *Clasificación del estado nutricional por IMC según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Clasificación del estado nutricional	Liberia				Coronado			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajo peso I	1	3,5	0	0	0	0	0	0
Bajo peso III	0	0	0	0	0	0	1	6,2
Normal	19	67,8	9	40,9	20	58,8	4	25
Sobrepeso	5	17,8	7	31,8	10	29,4	5	31,2
Obesidad I	0	0	5	22,7	1	2,9	3	18,7
Obesidad II	2	7,1	1	4,5	2	5,8	2	12,5
Obesidad III	1	3,5	0	0	1	2,9	1	6,2

Fuente: elaboración propia.

En la tabla anterior se describe el estado nutricional de los adultos según sexo y residencia, se identifica un 67,8% y un 58,8% de las liberianas y coronadeñas respectivamente presentan un estado nutricional normal. Respecto al sexo masculino, el 40,9% de los liberianos presentan estado normal, mientras que los coronadeños un 25%. El sobrepeso y la obesidad tanto tipo I, II y III es mayormente reflejado en la población Coronadeña con un 30%, 8%, 8% y 4% respectivamente.

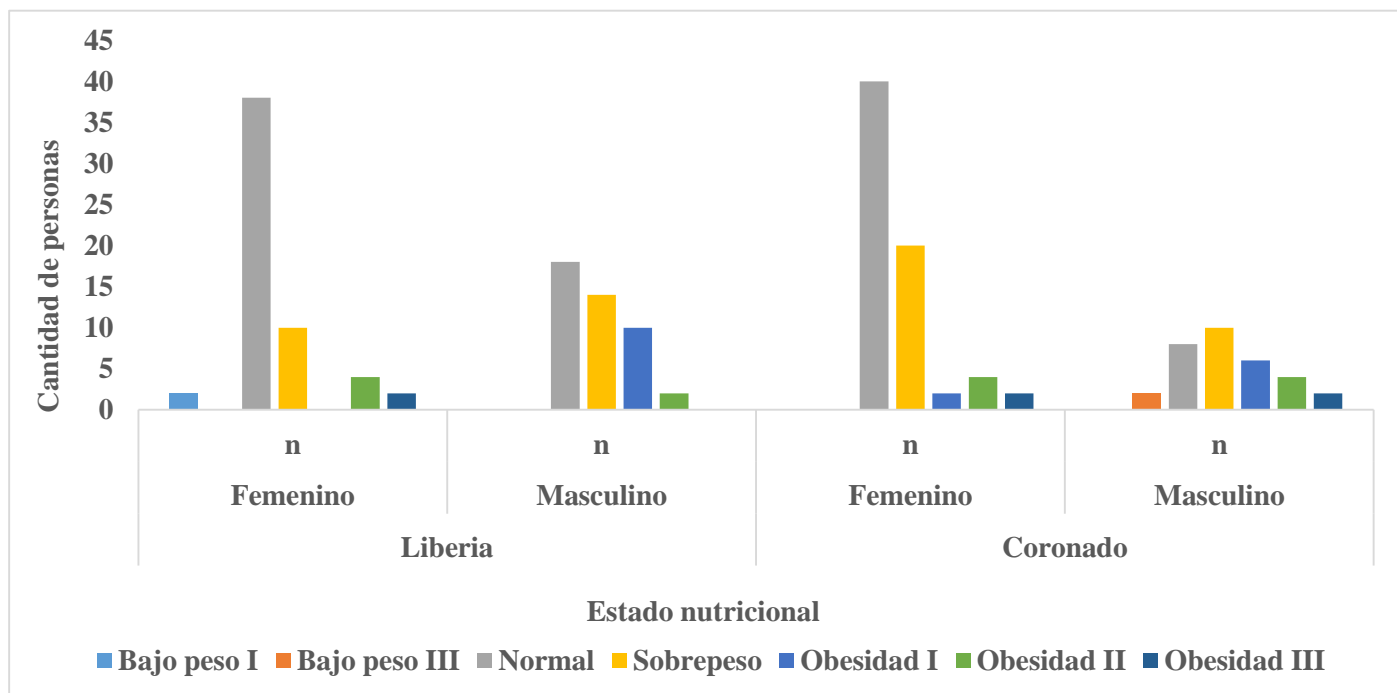


Figura N° 1 Clasificación del estado nutricional por IMC según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 13 se describe la circunferencia abdominal por sexo y residencia, se observa que las mujeres liberianas (67,8%) y coronadeñas (67,6%) presentan cifras altas de bajo riesgo, seguido de riesgo incrementado y alto con cifras menores. En el sexo masculino, los liberianos presentan cifras similares entre riesgo bajo (45,4%) e incrementado (40,9%), mientras que los coronadeños presentan 50% y 31,2% respectivamente. Además, se logra observar que el riesgo alto es de un 12% para ambos sexos en ambas residencias.

Tabla N°13 *Clasificación de la circunferencia abdominal por IMC según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Clasificación de la circunferencia abdominal	Liberia				Coronado			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajo riesgo	19	67,8	10	45,4	23	67,6	8	50
Riesgo incrementado	6	21,4	9	40,9	8	23,5	5	31,2
Riesgo alto	3	10,7	3	13,6	3	8,8	3	18,7

Fuente: Elaboración propia

En la figura N° 2, se observa la distribución gráfica de la tabla 13.

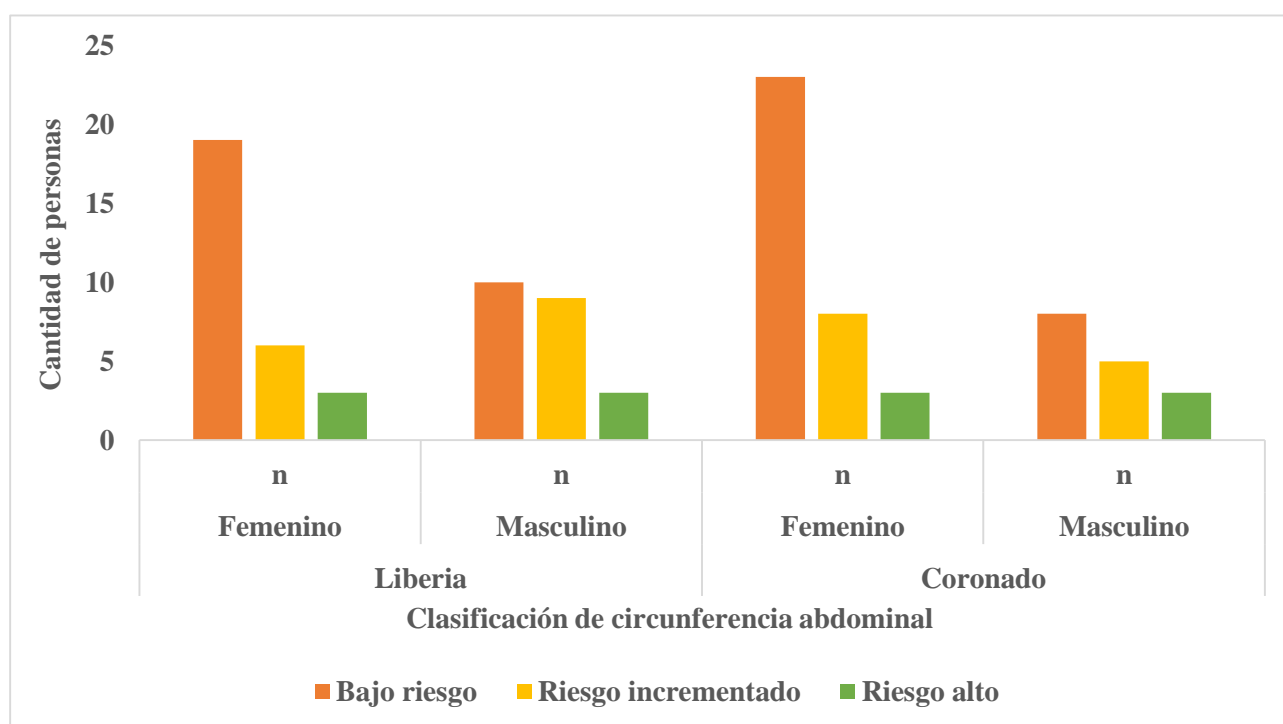


Figura N° 2 *Clasificación de la circunferencia abdominal por IMC según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Fuente: Elaboración propia

4.1.5 Calidad de vida de los adultos de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.

Para determinar la calidad de vida se utiliza el cuestionario SF – 36, que consta de 9 dimensiones; función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y evolución declarada de la salud.

Tabla N° 14 *Clasificación de la calidad de vida por dimensión según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Clasificación de calidad de vida	Liberia		Coronado	
	Femenino Promedio (%)	Masculino Promedio (%)	Femenino Promedio (%)	Masculino Promedio (%)
Función física	93,0	93,0	89,0	77,0
Rol físico	68,0	75,0	85,0	53,0
Dolor corporal	66,0	78,0	80,0	72,0
Salud general	70,0	72,0	70,0	58,0
Vitalidad	58,0	64,0	58,0	59,0
Función social	78,0	81,0	86,0	77,0
Rol emocional	52,0	77,0	72,0	40,0
Salud mental	68,0	75,0	68,0	65,0
Evolución declarada de la salud	61,0	64,0	73,0	58,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 14, se describe el promedio de cada dimensión de acuerdo al sexo y residencia, se observa que las mujeres coronadeñas presentan promedios mayores para cada una de las dimensiones en relación con las féminas liberianas, a diferencia del sexo masculino, en donde los liberianos presentan cifras más altas que los coronadeños. Únicamente en Coronado, el sexo masculino presenta promedios inferiores al 50%.

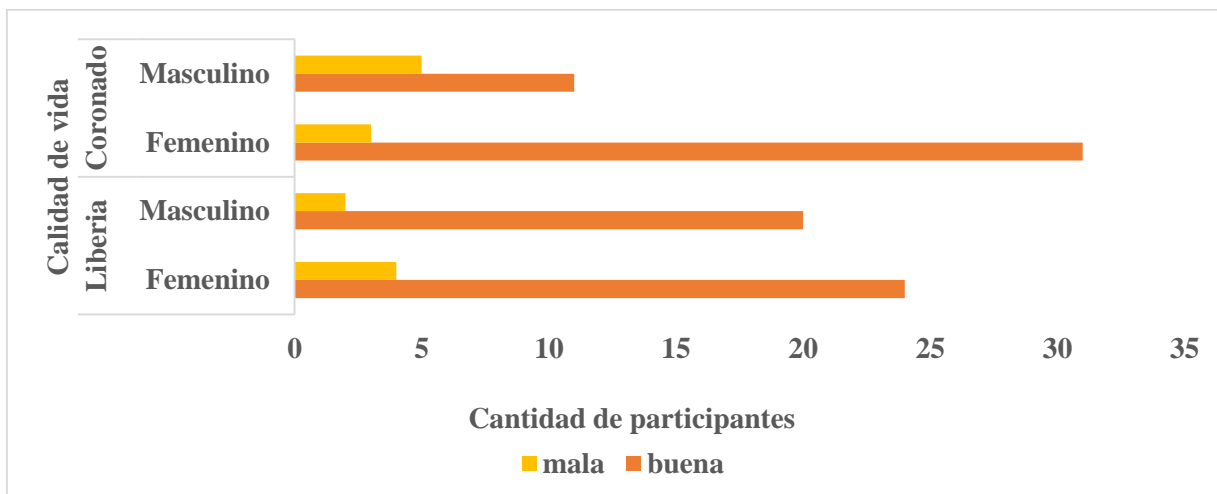


Figura N° 3 Clasificación de la calidad de vida según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.

Fuente: Elaboración propia

En la figura anterior, se demuestra la clasificación de calidad de vida como buena o mala por sexo y residencia. Para cada sexo y lugar se presenta mala calidad de vida, sin embargo, esta se manifiesta más en Coronado (n= 8) que en Liberia (n= 6). Se presenta mayores cifras de buena calidad de vida en Liberia (n= 44) que en Coronado (n= 42). Cabe destacar que en el sexo femenino la mala calidad de vida es mayor para Liberia y la buena calidad para Coronado y en el sexo masculino, la mala calidad de vida es mayor en Coronado y la buena calidad mayor en Liberia.

Tabla N°15 Clasificación de la calidad de vida según sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.

Clasificación calidad de vida	Liberia				Coronado			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Buena	24	85,7	20	90,9	31	91,1	11	68,7
Mala	4	14,3	2	9,1	3	8,9	5	31,3

Fuente: Elaboración propia

Según el cuestionario SF-36, la puntuación bruta para cada dimensión va de 0 (peor CVRS) a 100 (mejor CVRS). De esta forma, valores superiores o inferiores a 50 se interpretan como mejores o peores.

4.1.6 Resultados Bivariados

Al conocer los resultados invariados, se procede a determinar las relaciones entre las variables de estudio.

4.1.7 Relación de los hábitos alimentarios y de la calidad de vida de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.

La prueba bivariada realizada para medir la asociación entre variables fue la prueba Chi Cuadrado.

Tabla N°16 Asociación de los hábitos alimentarios y calidad de vida a nivel global de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.

Prueba Chi Cuadrado - análisis global			
	Variable relacionada	Valor p	Resultado
Calidad de vida	Hábitos alimenticios		
- Buena	-Saludable	0,001	Hay asociación
- Mala	-Medianamente saludable		
	-No saludable		

Fuente: Elaboración propia

Al asociar los hábitos alimentarios (escala de hábitos alimentarios) con la calidad de vida (buena - mala) se logra determinar que están asociadas o relacionadas, estadísticamente hablando. Esta, a un nivel de significancia (alfa) de 0.05 o 5%. Esto quiere decir, que, las personas que tienen buena calidad de vida tienen hábitos alimentarios saludables y las personas que presentan mala calidad de vida tienen hábitos medianamente saludables y esto únicamente después de los 36 años de edad como se explicará más adelante. La tabla anterior contiene los resultados de las pruebas de asociación entre las variables calidad de vida y hábitos alimenticios, que fue la única prueba estadísticamente significativas, se muestran los resultados por sexo y residencia.

Tabla N°17 *Relación de los hábitos alimentarios y calidad de vida según el sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Residencia	Hábitos alimentarios - calidad de vida		Valores absolutos			% Valores relativos			Valor (p<0,05)
			Género		Total	Género		Total	
			M	F		M	F		
Liberia	Calidad de vida	Buena	20	24	44	90,9%	85,7%	88,0%	0,001
		Mala	2	4	6	9.1%	14.3%	12.0%	
	Total		22	28	50	100.0%	100.0%	100.0%	
	Hábitos alimentarios	No saludable, medianamente	14	14	28	63.6%	50.0%	56.0%	
		Saludable	8	14	22	36.4%	50.0%	44.0%	
	Total		22	28	50	100.0%	100.0%	100.0%	
Coronado	Calidad de vida	Buena	11	31	42	68.8%	91.2%	84.0%	0,001
		Mala	5	3	8	31.3%	8.8%	16.0%	
	Total		16	34	50	100.0%	100.0%	100.0%	
	Hábitos alimentarios	No saludable, medianamente	10	21	31	62.5%	61.8%	62.0%	
		Saludable	6	13	19	37.5%	38.2%	38.0%	
	Total		16	34	50	100.0%	100.0%	100.0%	

*M= masculino, F= femenino

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la Tabla N°16 y lo mencionado en la Tabla anterior, las variables calidad de vida y hábitos alimentarios son las únicas que representan resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Para ambas residencias en ambas variables se presentan resultados de $p < 0,001$, esto indica que están asociadas independientemente de si es hombre o mujer y reside en Liberia o Coronado. Aparte, se puede observar en la tabla que en Liberia es mayor la buena calidad de vida y los hábitos saludables en relación con Coronado y además está arrojando cifras mayores para el sexo femenino, es decir las mujeres tienen buena calidad de vida y hábitos saludables en relación con los hombres, tanto en Liberia como en Coronado. el sexo femenino es el de mayor participación en relación con el sexo masculino.

En cuanto a la variable de hábitos alimentarios, estos se identificaron de acuerdo a una escala de hábitos que se elaboró para dicha variable. Esta escala se explica detalladamente en la tabla N°10.

Tabla N°18 *Relación de los hábitos alimentarios y calidad de vida según el sexo, residencia y edad a nivel global de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Variable relacionada	Calidad de vida – hábitos alimentarios		
	n	%	p
Sexo			
Femenino	62	62,0	0,014
Masculino	38	38,0	0,025
Rangos de edad			
18 – 25 años	42	42,0	0,069
26 – 35 años	38	38,0	0,067
36 – 40 años	20	20,0	0,02
Residencia			
Liberia	50	50,0	0,021
Coronado	50	50,0	0,016

Fuente: Elaboración propia

Se observa en estos resultados que las variables calidad de vida y hábitos alimenticios, como se ha mencionado anteriormente, están asociadas, estadísticamente hablando, para ambas categorías del género. De igual manera si se es hombre o mujer, o resida en Liberia o Coronado

En cuanto a los grupos de edad estudiados, los resultados solo mostraron asociación, en las variables analizadas, para las personas de 36 a 40 años. Esto indica que la calidad de vida está relacionada con los hábitos alimenticios, pero solo una vez que se superan los 36 años de edad, ya sea hombre o mujer, o resida en Liberia o Coronado, a pesar que el sexo femenino es el de mayor representación.

En cuanto al lugar de residencia, las pruebas indicaron asociación para las variables antes mencionadas, independientemente de si se reside en Liberia o en Coronado. Como se ha venido mencionando en las tablas anteriores.

Tabla N°19 Asociación de los rangos de edad por sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.

Residencia	Sexo Rangos de edad	Femenino					Masculino				
		18 - 25	26 - 35	36 - 40	Total	%	18 - 25	26 - 35	36 - 40	Total	%
Liberia	Hábitos alimentarios										
	Saludable	8	3	3	14	50%	5	2	1	8	36,3%
	Medianamente	10	2	1	13	46,4%	3	10	1	14	63,7%
	No saludable	0	0	1	1	3,6%	0	0	0	0	0%
	Total	18	5	5	28	100%	8	12	2	22	100%
	Calidad de vida										
	Buena	17	3	4	24	85,7%	7	12	1	20	90,9%
	Mala	1	2	1	4	14,3%	1	0	1	2	9,1%
	Total	18	5	5	28	100%	8	12	2	22	100%
Coronado	Hábitos alimentarios										
	Saludable	4	5	4	13	38,3%	1	4	1	6	37,6%
	Medianamente	8	7	6	21	61,7%	3	5	1	9	56,2%
	No saludable	0	0	0	0	0%	0	0	1	1	6,2%
	Total	12	12	10	34	100%	4	9	3	16	100%
	Calidad de vida										
	Buena	12	11	8	31	91,2%	2	7	2	11	68,8%
	Mala	0	1	2	3	8,8%	2	2	1	5	31,2%
	Total	12	12	10	34	100%	4	9	3	16	100%

Fuente: Elaboración propia

Se muestra en la tabla anterior la relación entre las variables calidad de vida y hábitos alimentarios con los rangos de edad, ya que estas variables están relacionadas a partir de los 36 años de edad. Se observa un total de 20 personas dentro de este rango de edad, (Liberia= 7, M:2, F:5) y (Coronado= 13, M:3, F:10), lo cual corresponden al 20% de la muestra total. En Coronado las mujeres de 36 – 40 años tienen hábitos saludables en relación con Liberia y en el sexo masculino la misma cantidad de hombres presentan hábitos saludables. En

Liberia solo una persona del sexo femenino clasifica dentro de hábitos no saludables mientras que en Coronado fue un hombre quien clasifica dentro del mismo rango.

En cuanto a la calidad de vida los Coronadeños tienen buena calidad de vida a diferencia de Liberia, tanto para el sexo masculino como femenino dentro del rango de edad de 36 – 40 años.

4.1.8 Relación del estado nutricional y de la calidad de vida de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.

Tabla N°20 *Asociación del estado nutricional, circunferencia abdominal y calidad de vida a nivel global de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Prueba Chi Cuadrado - análisis global			
Variable relacionada		Valor p	Resultado
Estado nutricional	Calidad de vida		
- Bajo peso I	-Buena		
- Bajo peso III	-Mala		
- Normal		0,706	No hay asociación
- Sobrepeso			
- Obesidad I			
- Obesidad II			
- Obesidad III			
Circunferencia abdominal	Calidad de vida		
- Bajo riesgo	-Buena	0,709	No hay asociación
- Riesgo incrementado	-Mala		
- Riesgo alto			

Fuente: Elaboración propia

Al asociar el estado nutricional (IMC), circunferencia abdominal (bajo riesgo, riesgo incrementado y riesgo alto) con la calidad de vida (buena - mala) se logra determinar que no están asociadas o relacionadas, estadísticamente hablando. Esto quiere decir que independientemente que una persona este con un estado nutricional normal o de sobrepeso no determina si tiene buena o mala calidad de vida, así mismo con la circunferencia abdominal.

Tabla N°21 *Relación del estado nutricional, circunferencia abdominal y calidad de vida por sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.*

Residencia	EN – CA - CV	Valores absolutos			% Valores relativos			
		Género		Total	Género		Total	
		M	F		M	F		
Liberia	Estado nutricional	Bajo peso I	0	1	1	0%	3,6%	2%
		Bajo peso III	0	0	0	0%	0%	0%
		Normal	9	19	28	40,9%	67,8%	56%
		Sobrepeso	7	5	12	31,8%	17,9%	24%
		Obesidad I	5	0	5	22,7%	0%	10%
		Obesidad II	1	2	3	4,6%	7,1%	6%
		Obesidad III	0	1	1	0%	3,6%	2%
	Total		22	28	50	100%	100%	100%
	Circunferencia abdominal	Bajo riesgo	10	19	29	45,4%	67,8%	58%
		Riesgo incrementado	9	6	15	40,9%	21,4%	30%
		Riesgo alto	3	3	6	13,6%	10,7%	12%
	Total		22	28	50	100%	100%	100%
	Calidad de vida	Buena	20	24	44	90,9%	85,7%	88%
		Mala	2	4	6	9,1%	14,3%	12%
	Total		22	28	50	100%	100%	100%
Coronado	Estado nutricional	Bajo peso I	0	0	0	0%	0%	0%
		Bajo peso III	1	0	1	6,2%	0%	2%
		Normal	4	20	24	25%	58,9%	48%
		Sobrepeso	5	10	15	31,2%	29,5%	30%
		Obesidad I	3	1	4	18,8%	2,9%	8%
		Obesidad II	2	2	4	12,6%	5,8%	8%
		Obesidad III	1	1	2	6,2%	2,9%	4%
	Total		16	34	50	100%	100%	100%
	Circunferencia abdominal	Bajo riesgo	8	23	31	50%	67,6%	62%
		Riesgo incrementado	5	8	13	31,3%	23,6%	26%
		Riesgo alto	3	3	6	18,7%	8,8%	12%
	Total		16	34	50	100%	100%	100%
	Calidad de vida	Buena	11	31	42	68,7%	91,2%	84%
		Mala	5	3	8	31,3%	8,8%	16%
	Total		16	34	50	100%	100%	100%

*M= masculino, F= femenino; EN= estado nutricional, CA= circunferencia abdominal, CV= calidad de vida

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N°21 se observa la comparación de ambas residencias en cuanto a estado nutricional, circunferencia abdominal y calidad de vida, como se menciona en la tabla N°20, no hay asociación entre estas variables, sin embargo, se puede apreciar, en cuanto a estado nutricional según IMC, el bajo peso se presenta en ambos lugares siendo reflejada por una persona en cada zona para un total de 2, el estado nutricional normal es mayor en Liberia que en Coronado, , el sobrepeso y tanto la obesidad tipo I, II y III es mayor en Coronado que Liberia. Liberia tiene mejor calidad de vida que Coronado. Cabe destacar que esta información no se relaciona estadísticamente.

La circunferencia abdominal fue clasificada en bajo riesgo, riesgo incrementado y riesgo alto. A pesar de que estadísticamente estas relaciones no son significativas (ver Tabla N°20), se puede determinar que en Coronado el bajo riesgo y riesgo incrementado es mayor que en Liberia, mientras que para riesgo alto este es igual tanto para Coronado como Liberia y para ambos sexos.

En Liberia hay mejor calidad de vida y estado nutricional (normal) que en Coronado y que hay menor riesgo de enfermedades cardiovasculares en Coronado que en Liberia. De la misma manera, no son estadísticamente significativas. (ver Tabla N°20).

4.1.9 Relación de los hábitos alimentarios y el estado nutricional de adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.

Tabla N°22 Asociación del estado nutricional y hábitos alimentarios a nivel global de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.

Prueba Chi Cuadrado - análisis global			
Variable relacionada		Valor p	Resultado
Estado nutricional	Hábitos alimentarios		
- Bajo peso I	Saludable		
- Bajo peso III	Medianamente saludable		
- Normal	No saludable	0,886	No hay asociación
- Sobrepeso			
- Obesidad I			
- Obesidad II			
- Obesidad III			

Fuente: Elaboración propia.

Al asociar el estado nutricional (IMC) con hábitos alimentarios (escala de hábitos alimentarios) se logra determinar que no están asociadas o relacionadas, estadísticamente hablando. Esto quiere decir que independientemente que una persona este con un estado nutricional normal o de sobrepeso no determina que tenga hábitos saludables o no.

Tabla N°23 Comparación del estado nutricional y hábitos alimentarios por sexo y residencia de los adultos de 18 – 40 años de edad de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2020.

Residencia	Estado nutricional – hábitos alimentarios	Valores absolutos			% Valores relativos		
		Género		Total	Género		Total
		M	F		M	F	
Liberia	Bajo peso I	0	1	1	0%	3,6%	2%
	Bajo peso III	0	0	0	0%	0%	0%
	Normal	9	19	28	40,9%	67,8%	56%
	Sobrepeso	7	5	12	31,8%	17,9%	24%
	Obesidad I	5	0	5	22,7%	0%	10%
	Obesidad II	1	2	3	4,6%	7,1%	6%
	Obesidad III	0	1	1	0%	3,6%	2%
	Total		22	28	50	100%	100%
Saludables		8	14	22	36,4%	50%	44%

Continúa...

Residencia	Estado nutricional – hábitos alimentarios		Valores absolutos			% Valores relativos			
			Género		Total	Género		Total	
			M	F		M	F		
Coronado	Hábitos alimentarios	Medianamente No saludable	14	13	27	63,6%	46,5%	54%	
			0	1	1	0%	3,5%	2%	
		Total	22	28	50	100%	100%	100%	
	Estado nutricional		Bajo peso I	0	0	0	0%	0%	0%
			Bajo peso III	1	0	1	6,2%	0%	2%
			Normal	4	20	24	25%	58,9%	48%
			Sobrepeso	5	10	15	31,2%	29,5%	30%
			Obesidad I	3	1	4	18,8%	2,9%	8%
			Obesidad II	2	2	4	12,6%	5,8%	8%
			Obesidad III	1	1	2	6,2%	2,9%	4%
		Total	16	34	50	100%	100%	100%	
	Hábitos alimentarios		Saludables	6	13	19	37,6%	38,2%	38%
			Medianamente No saludable	9	21	30	56,2%	61,8%	60%
				1	0	1	6,2%	0%	2%
			Total	16	34	50	100%	100%	100%

*M= masculino, F= femenino

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo al análisis estadístico, no hay asociación entre hábitos alimentarios y estado nutricional. Según la Tabla N°23, los hábitos saludables y estado nutricional normal es mayor en Liberia que en Coronado y como se ha mencionado anteriormente a lo largo del capítulo, el sexo femenino es el que mayoritariamente presenta esas características. Los hábitos medianamente saludables y estados nutricionales de sobrepeso y obesidad son mayor en Coronado que en Liberia. Los no saludables están presentes en ambas zonas.

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Discusión e interpretación de los resultados

En el siguiente capítulo se busca conocer la explicación de los resultados obtenidos y las relaciones encontradas. A continuación, se discuten los resultados.

5.1.1 Características sociodemográficas

Según los datos obtenidos para la distribución por sexo de la muestra, se observa con respecto al cantón de Liberia, 56% pertenece al sexo femenino y 44% al sexo masculino, mientras que en Coronado si se demuestra una significativa diferencia siendo esta de 68% femenino y 32% masculino. Lo que concuerda de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Censos (2011), donde se determina para el cantón de Liberia, 47,9% pertenecen al sexo masculino y 52% femenino y datos obtenidos de la municipalidad de Vázquez de Coronado (2019), el 50,1% pertenece al sexo femenino y el 49,8% al sexo masculino.

Respecto a los rangos de edades, 42% de la muestra se encuentra en un rango de 18 – 25 años, 38% entre 26 – 35 años y el 20% restante entre 36 – 40 años. El sexo femenino predomina en las edades entre 18 – 25 años para ambas residencias, mientras que el sexo masculino en los otros rangos, de igual manera en ambas zonas estudiadas. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2011), las edades entre los 18 – 29 años de edad en el cantón de Coronado son comprendidas por el sexo femenino. En general un 71,1% de la población Coronadeña ronda las edades de 15 a 64 años y para el cantón de Liberia un 68,6%. (CENSO, 2013).

En cuanto al estado civil, en Liberia hay más mujeres y hombres solteros el 71,4% y 68,1% respectivamente mientras que son más las mujeres casadas en Coronado 26,4% y los hombres tanto liberianos como Coronadeños casados presentan cifras similares 18,1% y 18,7%

respectivamente. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Censos (2013), la tasa de nupcialidad para Liberia es de 7,2% con un total de 486 matrimonios y Coronado de 2,7% con un total de 246 matrimonios.

5.1.2 Hábitos alimentarios

De acuerdo a los tiempos de comida, se observa, que, entre semana el tiempo del desayuno es realizado todos o casi todos los días por la muestra, más en el sexo femenino y del cantón de Coronado (85%). El tiempo que mayormente es consumido es el almuerzo siendo de un 96% (F:54%; M; 42%) para Liberia y 88% (M: 24%; F:64%) para Coronado. Las meriendas tanto de la mañana (L: 28%; C: 20%) como de la tarde (L: 30%; C: 36%) tienen una baja frecuencia de consumo en ambos lugares al igual que el tiempo de la cena.

Según la Facultad de Salud y Ciencias Médicas, Universidad de Surrey, Stag Hill Campus, Guildford, Reino Unido, en el año 2017 se demuestra que retrasar los tiempos de comida aumenta los niveles de azúcar en sangre, altera el reloj biológico, enlentece el metabolismo y dificulta la absorción de grasas. Según el estudio, estas situaciones suceden pasadas las 3 horas de una comida y aumentan al superar las 5 horas. Es decir, según este son necesarios los tiempos de comida con una distancia de no más de tres horas (Wehrens et al, 2017). Las meriendas no son consumidas con mayor frecuencia en la muestra, a pesar de que se realizan, es muy poca la cantidad, sin embargo, la merienda de la tarde aumenta los fines de semana en ambas residencias (L: 38%; C: 42%).

En cuanto a los fines de semana, se destaca un bajo consumo del desayuno para el cantón de Liberia (66%) y en Coronado la cena no es frecuentada como entre semana y nuevamente el almuerzo es el tiempo que más se realiza en ambas residencias. El Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá INCAP/OPS, recomienda el consumo de al menos 5 tiempos de

comida, donde no se resta importancia a las meriendas tanto de la mañana como la de la tarde, pero se centra en un consumo con cantidades correctas, en tiempos de comida como el desayuno, almuerzo y cena. La muestra únicamente cumple con el consumo de los 3 tiempos de comida importantes, sin embargo, el único que se mantiene en cifras similares tanto entre semana como fines de semana es el tiempo del almuerzo.

En Ecuador, datos de 800 participantes adolescentes y adultos de 15 a 65 años de edad de nueve ciudades (397 machos y 403 hembras) determina que en general, el 73.1% de los participantes informaron la ingesta de desayuno en ambos retiros, el 20.3% de los participantes informa el desayuno en uno de los dos retiros, y el 6.6% de las personas informaron haber omitido el desayuno en ambos retiros. La mayoría de los participantes que se saltaron el desayuno en uno o ambos retiros tenían más probabilidades de ser adultos jóvenes de 20 a 34 años y residir en las regiones costeras del país. (Lara et al., 2019)

En la presente investigación el 68% realiza el desayuno y el 32% no lo realiza, datos similares al estudio anterior, sin embargo, si se divide por edades, el estudio anterior no concuerda ya que la mayoría de los participantes con edades entre 18 – 36 años si realiza el desayuno y las personas de 36 – 40 años son los que más lo realizan.

La mayoría de los participantes que se saltaron el desayuno en uno o ambos retiros tenían más probabilidades de ser adultos jóvenes de 20 a 34 años y residir en las regiones costeras del país.

El consumo de agua es realizado en mayor cantidad por el sexo masculino 36% y 31% de liberianos y Coronadeños respectivamente consumen de 5 a 7 vasos de agua al día, mientras que el sexo femenino 32% y 44% de liberianas y Coronadeñas consumen de 2 a 4 vasos.

“Como término medio se acepta que las necesidades de líquidos en las personas mayores, se encuentran en torno a 30-35 mL por kg de peso y día, o bien 1-1,5 mL por cada kilocaloría aportada en la dieta, siempre en condiciones estándares de temperatura, actividad física y en situación basal. Esto implica que una persona mayor, con un peso entre 60-70 kg, requerirá unos 2 litros de líquidos al día” (Iglesias Rosado et al., 2011). Las Guías Alimentarias para Costa Rica recomienda un consumo entre 6 y 8 vasos, donde 4 sean de agua pura (Gamboa et al, 2011). Las mujeres de ambas residencias están por debajo de la recomendación, a pesar de que los hombres también, estos son los que se acercan más a la recomendación con un consumo de 5 a 7 vasos al día (1750mL).

Hay circunstancias que incrementan las necesidades de líquidos del organismo como el estrés, la actividad y el ejercicio físico, el aumento de la temperatura ambiental, la fiebre, las pérdidas de líquidos por vómitos y/o diarreas, la diabetes descompensada, las quemaduras, etc. (Iglesias Rosado et al., 2011). De ser así, la población Liberia debería de mostrar un consumo elevado de agua debido a las elevadas temperaturas que se presentan en dicho cantón, sin embargo, como se demuestra esto es todo lo contrario.

Respecto al consumo de algún endulzante, el que más se utiliza es la azúcar con un 71% de la muestra (L: 38%; C: 33%), por debajo de esta el uso de sustitutos con 15 personas del total de la muestra y el no consumir ningún endulzante. En cuanto a la cantidad, en Liberia el 64% agrega de 1 a 2 cucharaditas por vaso o taza y en Coronado el 58%, de 3 a 4 cucharaditas el 12% Liberia y 16% Coronado y en menor cantidad el uso de sustitutos. Según Partearroyo T., Sánchez E. y Varela G. (2013) Los carbohidratos son nutrientes esenciales que deben estar en la dieta en las diferentes etapas de la vida y situaciones fisiológicas, de acuerdo a las recomendaciones. Los problemas asociados vendrán determinados por un consumo excesivo,

no por su presencia. Igualmente, se han realizado algunas propuestas de cuantificación de recomendaciones para el consumo de azúcar: 32-37 g para una dieta tipo de 2.000 kcal en el caso de los hombres, y unos 25 g en el caso de las mujeres. De acuerdo a las Guías Alimentarias para Costa Rica consumir no más de 6 cucharaditas de azúcar al día en bebidas y preparaciones. (Gamboa et al, 2011).

El consumo de azúcar es particularmente importante, porque permite incrementar y reponer los depósitos de glucógeno, tanto en el músculo como en el hígado. Tanto si la actividad laboral es física como intelectual, el consumo de azúcar sigue siendo aconsejable en la edad adulta. Además, se propone que la sacarosa debe evitarse o limitarse cuando se use como edulcorante, como así también debe hacerse con alimentos preparados industrialmente, consumidos en exceso. (Partearroyo et al, 2013). Lo anterior concuerda con los resultados, ya que la población tiene un consumo de azúcar, pero de manera moderada.

La sal y el adobo por su elevada cantidad de sodio pueden tener relación con la incidencia de patologías cardiovasculares. (Ekmeiro Salvador et al., 2015). De acuerdo al consumo de sal, en Liberia el 66% nunca o casi nunca agrega sal a las comidas preparadas y el 54% de las personas en Coronado nunca le agregan, sin embargo, 13 personas si agregan sal, de las cuales 9 pertenecen al sexo femenino siendo estas 3 en Liberia y 6 en Coronado. A pesar de que las cifras son altas en cuanto a la baja adición de sal a las comidas, una pequeña parte si le agrega y esto sumado al resto de comidas que se consumen, al final del día este micronutriente se ha consumido en gran cantidad; de acuerdo a las Guías Alimentarias para Costa Rica la cantidad de sal por persona por día es de una cucharadita rasa (5g), distribuida en todos los alimentos consumidos al día. (Gamboa et al, 2011).

En cuanto a la frecuencia de consumo de alimentos fuentes de carbohidratos se observa y como es de esperarse las harinas son las de mayor consumo por la muestra con 78% Liberia y 68% Coronado con una frecuencia de todos o casi todos los días, las verduras harinosas se consumen algunas veces a la semana por los liberianos a diferencia de los coronadeños, las frutas se consumen todos los días por un 24% de los coronadeños y en Liberia apenas el 16% lo hacen, este grupo alimenticio es mayormente consumido algunas veces a la semana en ambas regiones. Y los vegetales no harinosos los coronadeños los consumen algunas veces a la semana 58%, mientras que en Liberia un 36% lo hacen todos los días, siendo más que en Coronado con un 16%.

Un estudio realizado en Jalisco, México demuestra que adultos de la zona rural mostraron un mayor consumo de cereales y los adultos de zona urbana presentaron una mayor ingesta de alimentos altos en grasa. (Navarro-Meza et al., 2014). Concuerta con los resultados obtenidos de la investigación, ya que en Liberia el consumo de cereales es mayor, sin embargo, el consumo de alimentos altos en grasa se consume con una frecuencia similar en ambos lugares. Según Popkin & Reardon (2018) los principales macronutrientes en las tres principales áreas geográficas de la región (América Central, Caribe y América del Sur), En general, vemos una disminución en los carbohidratos y aumentos notables en las grasas totales. El mayor aumento, como se esperaba, se produce en las grasas vegetales debido a la tendencia mundial hacia los aceites vegetales procesados de una variedad de semillas oleaginosas. El estudio no concuerda con la investigación en cuanto al consumo de carbohidratos ya que estos se consumen con una frecuencia de todos los días, sin embargo, en cuanto al consumo de grasas principalmente aceites vegetales, si van de la mano, ya que, la muestra presenta un alto uso (81%) del aceite vegetal para la cocción de alimentos.

Con respecto a los alimentos fuentes de proteína las carnes son mayormente consumida por los liberianos todos los días (70%) contra un 40% de los coronadeños, los pescados y mariscos tanto frescos y enlatadas se consumen algunas veces a la semana en ambos lugares, los embutidos un 42% de los liberianos y 40% de los coronadeños los consumen algunas veces a la semana. En Coronado los productos lácteos se consumen con mayor frecuencia todos los días y los huevos el 54% de los liberianos lo consumen todos los días. Popkin & Reardon (2018), los alimentos de origen animal parecen consumirse a niveles altos que están aumentando en toda la región. Los datos del balance de alimentos sugieren aumentos muy grandes en el consumo de alimentos de origen animal en toda la región (América Central, Caribe y América del Sur) después del crecimiento de los ingresos y la cooperación regional en el comercio que comenzó en 2005-2007.

Los alimentos variados como grasa y azúcares, son consumidos mayormente algunas veces a la semana como la mantequilla, el queso crema, etc. Las comidas rápidas algunas veces al mes en ambos lugares y las bebidas alcohólicas el 44% de los coronadeños la consumen nunca o casi nunca y 38% de los liberianos algunas veces al mes. Popkin & Reardon (2018) mencionan; una revisión reciente analizó los aumentos globales de sodio en base a estudios de excreción de sodio en la dieta y en la orina. Nuestro trabajo y estudios en profundidad realizados por otros en China, Brasil, México y otros lugares muestran que el consumo de alimentos con azúcares agregados, sal agregada y carbohidratos refinados; postres a base de granos; y los aperitivos salados han crecido. Los países latinoamericanos experimentaron estos cambios en la dieta antes que la mayoría de los demás países de bajos ingresos, y para algunos de los cambios, son líderes mundiales. De acuerdo con la presente investigación, el consumo de estos alimentos, si bien no es todos los días, pero si algunas veces a la semana.

Tres de las cinco naciones con mayor consumo de SSB del mundo se encuentran en América Latina, y los niveles de ingesta de sugar-sweetened beverages (SSB) están aumentando en la región en su conjunto. Los latinoamericanos consumen niveles muy altos de azúcar agregada, más del triple de lo recomendado por la OMS. Las bebidas son la mayor fuente de azúcar en las dietas de la mayoría. (Popkin & Reardon, 2018)

Los tres cultivos principales a nivel mundial (trigo, arroz y maíz), los tubérculos y las raíces, en particular la papa y la yuca, continúan siendo la base de la alimentación (Shamah, Cuevas, Mayorga y Valenzuela, 2014). Sin embargo, el consumo de otros alimentos como frutas, vegetales, granos integrales y leguminosas han disminuido, mientras que el de alimentos ricos en ácidos grasos saturados y azúcar ha incrementado, entre ellos, leche, carne, cereales refinados y procesados. (Porrás, 2015). Según los resultados, los vegetales, frutas, pescados y mariscos son pocos consumidos a diferencia de las harinas, verduras, lácteos y altos en grasa que se consumen con mayor frecuencia, así como los embutidos, para ambas regiones. En América Latina, como a nivel mundial, encontramos una baja ingesta de estos componentes de una dieta saludable, las legumbres ahora representan menos de 5% o 10% de la ingesta diaria de energía. Mostramos que incluso las cantidades de frutas y verduras disponibles para el consumo en esta región son notablemente bajas. Ningún país se acerca a consumir las cinco o siete porciones diarias de frutas y verduras que deseamos que consuman todos los adultos. (Popkin & Reardon, 2018).

De acuerdo con Guevara-Villalobos et al. (2019) 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. De ahí el interés por realizar un estudio que permita conocer más a fondo los hábitos alimentarios de los costarricenses.

En este estudio se incluye una muestra de 798 participantes de entre 15 y 65 años de edad, residentes en áreas urbanas de Costa Rica, quienes formaron parte del Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud (ELANS). En este estudio se pudo observar que el patrón alimentario de la población urbana costarricense es poco variado. Los componentes del plato típico llamado “casado” continúan siendo los más incluidos en el almuerzo y en la cena, pero el consumo de leguminosas, frutas y vegetales y pescado es insuficiente, mientras que las bebidas con azúcar están presentes en todos los tiempos de comida. (Guevara-Villalobos et al., 2019). Como se menciona en apartados anteriores, el estudio concuerda con la investigación actual, ya que son los mismos grupos de alimentos los que presentan menor consumo por la población.

Los participantes también reportan un consumo diario promedio insuficiente de frutas y vegetales no harinosos en comparación con la recomendación de las Guías Alimentarias para Costa Rica (cinco porciones entre frutas y vegetales por día). Con respecto a los pescados y mariscos, la población de estudio tuvo un consumo promedio diario inferior a lo recomendado por la Asociación Americana del Corazón para la prevención de las enfermedades crónicas, particularmente las cardiovasculares. Este resultado sustenta lo observado en el año 2015, donde la mayoría de las familias costarricenses reportaron consumir pescado solamente una vez al mes. La principal razón de su poca inclusión en la alimentación fue su alto costo económico. (Guevara-Villalobos et al., 2019).

Según la investigación actual, tanto en Liberia como en Coronado se presenta una frecuencia de consumo de frutas y vegetales de algunas veces a la semana y de pescados y mariscos de algunas veces al mes y no como se indica en las Guías.

5.1.3 Estado nutricional

Para la clasificación del estado nutricional se toman en cuenta variables antropométricas como el peso, talla y circunferencia de cintura. La antropometría es el estudio del tamaño, la forma, la proporción, la maduración y el funcionamiento general del organismo humano, permite una mejor comprensión de los procesos relacionados con el crecimiento, desarrollo, rendimiento físico y nutrición. Las mediciones de talla, peso corporal, circunferencias y otros constituyen la base para el diagnóstico nutricional. (Araya Fallas et al., 2004).

Las cifras obtenidas de estas mediciones determinan que tanto las mujeres y hombres pertenecientes al cantón de Liberia presentan un peso (7,2kg y 1,1kg) e IMC (1,1kg/m² y 1,5 kg/m²) promedio por debajo del peso y talla promedio de los coronadeños. El promedio de talla es mayor en las femeninas coronadeñas y masculinos liberianos y el promedio de circunferencia abdominal es mayor en las femeninas liberianas y en los masculinos coronadeños. En Jalisco, México un estudio realizado en zona urbana y rural evidencia que los adultos de la zona rural muestran una ingesta energética menor que los adultos de la zona urbana y ambos grupos muestran un IMC promedio de (26±6kg/m²). (Navarro-Meza et al., 2014). Datos similares a los obtenidos, ambos grupos presentaron IMC promedio de 25,75kg/m².

En cuanto al estado nutricional, la muestra presenta 52% normal (28%: C; 24%: L), donde las mujeres de ambos lugares presentan las mayores cifras y las edades comprendidas son entre los 18 y 35 años de edad. Se presenta 2 casos de bajo peso, uno en cada lugar, el

sobrepeso es mayor en coronado para el sexo femenino (30%) y para el sexo masculino en Liberia (24%) con edades entre los 18 – 25 años y los tipos de obesidad es mayoritariamente en Coronado y en personas con edades de 26 – 35 años. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica 2008 – 2009, las mujeres y hombres entre 20 – 64 años de edad a lo largo del tiempo se ha disminuido los índices de bajo peso o delgadez, para el estado normal este ha disminuido en las mujeres de 45 – 64 años y hombres de 20 – 64 años y en cuanto al sobrepeso y la obesidad, este claramente ha aumentado desde 1982 a 2008 – 2009 para cada uno de los rangos de edad mencionados, en ninguno ha logrado disminuir. (Ávila M. 2009).

El Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud (ELANS) publicado en el año 2016, determina que Costa Rica es el segundo país de América Latina con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. El estudio también revela que el 32,6% de la población de 15 a 65 años presentan sobrepeso y el 30,6% presentan obesidad según el Índice de Masa Corporal (IMC), o sea 2 de cada 3 hombres y mujeres poseen un exceso de peso. Añade que en la población adulta la situación actual no es menos alarmante, la tasa de sobrepeso y obesidad asciende al 64,5%, según datos del Ministerio de Salud. (El mundo CR, 2018).

A pesar de que la cifras en el estudio no son tan elevadas, esto puede deberse al tamaño de la muestra, de igual manera siguen apareciendo estados nutricionales de sobrepeso y obesidad y la zona de residencia no es ningún determinante, ya es un problema que afecta a toda la población en general.

Durante cuatro décadas analizadas (1975 - 2014), encontramos que en Costa Rica el sobrepeso se incrementa en un 44,9%. La obesidad total lo hizo en un 276,2% pero en cambio la obesidad mórbida aumentó brutalmente en un 1000%, es decir, la tasa sube diez veces más en el transcurso de esos cuarenta años. En el grupo de valores de IMC entre 20 kg/m² y < 25

kg/m² (normalidad) encontramos una tendencia persistente al descenso para ambos sexos ya que, de 50,7% en el año 1975 se llega a 34,4% en 2014, equivalente a un 32,1%. Igual tendencia sucede en hombres y mujeres, pero encontrándose valores más altos en los varones. (Meza & Fallas, 2016). En la investigación realizada las mujeres muestran datos superiores de IMC normal en comparación con los hombres, de la misma forma que en el estudio mencionado anteriormente.

Esta tendencia va de la mano con lo encontrado en la Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica 200 – 2009 y de la investigación presente donde los índices de sobrepeso y obesidad aumentan y los de normalidad disminuyen.

El exceso de la acumulación de grasa en la región abdominal, conocida como obesidad abdominal o central, se asocia con el desarrollo de resistencia a la insulina y es un predictor de riesgo cardiovascular y metabólico más fuerte que la obesidad estimada con base en el índice de masa corporal. Por otro lado, la obesidad abdominal permite identificar a los individuos que sin tener un índice de masa corporal elevado metabólicamente tienen las consecuencias del exceso de grasa. (González-Chávez et al., 2008)

La circunferencia de cintura se clasifica en bajo riesgo, riesgo incrementado y riesgo alto de acuerdo a la OMS, 58% de los liberianos presentan bajo riesgo mientras que en Coronado un 62% lo presentan, este es mayor en las mujeres de Coronado. Con riesgo incrementado se registra un 21,4% de mujeres liberianas comparado con un 23,5% de las coronadeñas y los hombres liberianos un 40,9% contra un 31,2% de los coronadeños. En cuanto al riesgo alto tanto hombres como mujeres de ambas residencias registran 3 casos cada uno para un total de 12 personas.

Un estudio en Guadalajara, México, muestra que las correlaciones fueron positivas y significativas en los casos de los valores de presión arterial sistólica, diastólica, insulina y HOMA-IR, tanto con IMC como con CC. La mayoría de estudios realizados en este sentido han concluido que tanto el IMC como la CC se asocian con factores de riesgo cardiovasculares y que la CC puede ser un mejor predictor sobre el riesgo de su presencia, particularmente en adultos. (Aráuz-Hernández et al., 2013)

5.1.2 Calidad de vida

En general el 86% de la muestra presenta buena calidad de vida y el 14% restante mala. Si se divide por sexo, se presenta 90,9% y 85,7% de las féminas y masculinos liberianos y el 68,7% y 91,1% de mujeres y hombres coronadeños respectivamente tienen buena calidad de vida y el 12% y 16% en Coronado y Liberia tienen mala calidad de vida. En resumen, en Liberia hay mayor buena calidad de vida y menos mala que en Coronado. En relación con el estado nutricional en Liberia hay mejor calidad de vida y estado nutricional (normal) que, en Coronado, donde hay mala calidad de vida y estado nutricional de sobrepeso y obesidad. De acuerdo con Vasiljevic et al., (2008), los problemas derivados del aumento de la obesidad en la población incluyen no solo el impacto mecánico del exceso de peso y sus restricciones físicas, la mayor morbilidad y mortalidad, sino también una modificación significativa de la calidad de vida general. Como se observa en la presente investigación la población que presenta sobrepeso y obesidad tiene mala calidad de vida.

La autoevaluación de la calidad de vida puede sugerir que algunos aspectos del bienestar físico y mental están bajo amenaza, creando así una base para el reconocimiento temprano y la intervención adecuada. La evaluación de la calidad de vida se ha convertido en un foco de interés no solo en estudios de población, sino también en medicina clínica. La investigación

de la población se basa en la aplicación de instrumentos genéricos como SF-36, que evalúa la salud física y mental del individuo. (Vasiljevic et al., 2008). Instrumento utilizado en la presente investigación.

La calidad de vida para el estudio se basa en el cuestionario SF – 36 el cual evalúa 9 dimensiones; función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y evolución declarada de la salud. Urzúa, A. et. Al (2013) en estudios realizados en Chile, encuentran que la calidad de vida es superior en los hombres solamente a nivel de la dimensión del bienestar físico. En los dominios que implican relación con el medio en distintos ámbitos, la media es superior en las mujeres. Las mujeres priorizan actividades destinadas a la socialización, en tanto los hombres lo hacen en deportes y actividad física. A nivel físico, en las mujeres los cambios secundarios y especialmente la menstruación son la causa de muchas complicaciones, siendo los problemas de salud más comunes los desórdenes hormonales, lo que puede incidir en una calidad de vida más disminuida en esta dimensión.

De acuerdo a lo anterior la presente investigación y la chilena no concuerdan, ya que las mujeres liberianas presentan mismo bienestar físico que los hombres y en Coronado las mujeres presentan mejor bienestar que los hombres. Dentro del mismo estudio realizado en Chile, al analizar la relación entre las variables de calidad de vida y edad la correlación es directa, es decir, a medida que aumenta la edad, aumenta la calidad de vida percibida. (Urzúa M et al., 2013). Lo que concuerda con la relación entre calidad de vida y hábitos alimentarios, donde estos tienen relación a partir de los 36 años, ósea, a medida que aumenta.

Un análisis transversal de la calidad de vida en la población urbana del centro de Belgrado que consiste en una muestra sistemática de 5,000 sujetos mayores de 18 años que residieron

permanentemente en el área durante los últimos 10 años determina que los puntajes de salud física fueron los más altos reportados en sujetos de ambos sexos. (Vasiljevic et al., 2008). Datos similares al de la investigación donde el bienestar físico fue el más alto tanto en hombres como mujeres y de Liberia y Coronado.

Una breve revisión bibliográfica sobre adultos entre 18 y 26 años determina que la tendencia a participar en dietas poco saludables, omitir comidas y consumo de comida rápida es bastante común. Los malos hábitos alimenticios y la actividad física limitada pueden aumentar el riesgo de osteoporosis, obesidad, hiperlipidemia, diabetes y cáncer más adelante en la vida. Este estilo de vida poco saludable está más asociado con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que con el estado nutricional de un individuo. Todas estas asociaciones sugieren que es importante establecer buenos hábitos alimenticios a una edad temprana. (Lua & Wan Putri Elena, 2012). En la presente investigación se logra observar que los hábitos saludables y la buena calidad de vida se refleja más después de los 36 años y de acuerdo al estudio anterior, es sumamente importante establecerlos desde jóvenes.

A pesar de que en la investigación no se mide la actividad física o estilo de vida, hay varios estudios que demuestran que esta es parte importante en la influencia de la calidad de vida, así como la alimentación y en menor instancia el estado nutricional de acuerdo a lo mencionado por Lua & Wan Putri Elena, 2012. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo con 4,402 estudiantes de medicina basado en la relación entre el cumplimiento de las directrices nacionales [las pautas aeróbicas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)] y el bienestar de los estudiantes para reducir el riesgo de agotamiento y mejorar la calidad de vida demuestra que los estudiantes de medicina que cumplían con las pautas de ejercicio aeróbico de los CDC o las pautas de entrenamiento de fuerza tenían

menores probabilidades de agotamiento. De manera similar, los estudiantes de medicina que cumplían con las pautas de ejercicio aeróbico de los CDC tenían mayores probabilidades de obtener puntajes de calidad de vida altos. (Dyrbye et al., 2017).

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

En el último capítulo de la investigación se constituyen las afirmaciones que responden al objetivo general y los específicos.

Se concluye que los hábitos alimentarios saludables, así como un estado nutricional normal se relacionan con una buena calidad de vida en la población de Liberia en comparación con Coronado, donde se encuentra que los hábitos alimentarios medianamente saludables y el estado nutricional de sobrepeso y obesidad se relacionan con una mala calidad de vida.

- En la investigación se trabaja con una muestra total de 100 adultos, 50 residentes del cantón de Liberia y 50 del cantón de Vázquez de Coronado, de los cuales 62 son mujeres y 38 hombres, la mayoría presenta un rango de edad entre los 18 y 25 años, un estado civil en su mayoría de soltero tanto hombres como mujeres y 16 años o más de residir en los lugares investigados.
- Se determina que la población estudiada, en general presenta hábitos alimentarios medianamente saludables y en cuanto a los hábitos alimentarios saludables tanto las mujeres de Coronado como de Liberia presentan cifras mayores. Dentro de los hábitos el desayuno y el almuerzo son los tiempos que más se realizan, las cenas son bajas en Coronado y los fines de semana las meriendas de la tarde aumentan que, entre semana en ambos lugares, el consumo de agua es mayor en los hombres liberianos que en las mujeres de ambos lugares, el azúcar es el endulzante más usado a una cantidad de 1 a 2 cucharaditas, el aceite vegetal es el más usado para cocción y la adición de sal es mayor en Coronado.
- Según la clasificación del estado nutricional, la mayoría presenta estado normal, siendo mayor en Liberia que en Coronado y el sobrepeso y la obesidad incluyendo los tipos es

mayor en Coronado. La circunferencia abdominal se presente cifras mayores de bajo riesgo para Coronado, riesgo incrementado mayor en Liberia y el riesgo alto igual para ambas localidades.

- La clasificación de la calidad de vida demuestra que en Liberia hay mejor calidad de vida que en Coronado y que la mala calidad de vida es mayor en Coronado que en Liberia.
- Al relacionar los hábitos de alimentación con la calidad de vida se determina que estadísticamente ambas variables son significativas ($p > 0,05$). De igual manera tanto el sexo, la residencia y la edad (36 – 40 años) muestran significancia con las variables. Esto quiere decir que independientemente de si es hombre o mujer, resida en Liberia o Coronado y presente una edad entre los 36 – 40 años los hábitos alimentarios y la calidad de vida están relacionadas. Después de los 36 años los adultos presentan mejor calidad de vida y hábitos alimentarios saludables.
- Al asociar el estado nutricional con la calidad de vida estos fueron estadísticamente no significativos. Es decir que una buena o mala calidad de vida no influye en si una persona está en sobrepeso, obesidad o delgadez.
- Al relacionar hábitos alimentarios con el estado nutricional estos tampoco fueron estadísticamente significativos, es decir que un hábito saludable o no, no influye sobre el estado nutricional.

6.2 RECOMENDACIONES

A continuación, se sugieren recomendaciones para futuras investigaciones similares.

- Evaluar la composición corporal de los adultos.
- Evaluar parámetros bioquímicos en lo que sea posible (perfil lipídico, presión arterial)
- Relacionar factores que puedan influir en los hábitos de ambos lugares y características específicas de cada lugar que puedan interesar.
- Evaluar la actividad física y como se relaciona con los hábitos alimentarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcântara, C. M. de, Silva, A. N. S., Pinheiro, P. N. da C., Queiroz, M. V. O., Alcântara, C. M. de, Silva, A. N. S., Pinheiro, P. N. da C., & Queiroz, M. V. O. (2019). Digital technologies for promotion of healthy eating habits in teenagers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 513-520. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0352>
2. Alvarado Lagunas, E., & Luyando Cuevas, J. R. (2013). Alimentos saludables: La percepción de los jóvenes adolescentes en Monterrey, Nuevo León. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 21(41), 143-164.
3. Aráuz-Hernández, A. G., Guzmán-Padilla, S., & Roselló-Araya, M. (2013). *La circunferencia abdominal como indicador de riesgo de enfermedad cardiovascular*. 55, 7.
4. Araya Fallas, P., Jiménez Cavallini, V., Orocú Gómez, S., & Jiménez Sánchez, S. (2004). Propuesta de un sistema de vigilancia antropométrico del estado nutricional. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 13(25), 48-54.
5. Arechavala, N. S., & Trapero, J. B. P. (2009). La medición de la calidad de vida en Europa, el papel de la información subjetiva. *Estudios de economía aplicada*, 27(2), 373-396.
6. Ávila M. (2009). Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica 2008 – 2009. Recuperado de:
https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=alimentacion-y-nutricion&alias=67-encuesta-nacional-de-nutricion-costa-rica-2008-2009&Itemid=222

7. Báscula digital de cristal con medidor de masa corporal—PDF. (2015). Recuperado 26 de octubre de 2019, de <https://docplayer.es/4538669-Bascula-digital-de-cristal-con-medidor-de-masa-corporal.html>
8. Becerra Bulla, F., Pinzón Villate, G., Vargas Zarate, M., Martínez Marín, E. M., & Callejas Malpica, E. F. (2016). Cambios en el estado nutricional y hábitos alimentarios de estudiantes universitarios. Bogotá, D.C. 2013. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(2), 249. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.50722>
9. Benarroch, A., Pérez, S. y Perales, J. (2011). Factores que influyen en las conductas alimentarias de los adolescentes: Aplicación y validación de un instrumento diagnóstico. España. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, vol. 9 (3). 3, diciembre, 2011, pp. 1219-1244
10. Carina, A. (2012). Estado nutricional y hábitos alimentarios en estudiantes de cuarto año de la carrera de licenciatura en nutrición. Universidad Abierta Interamericana.
11. Carmen Pérez Rodrigo, J. A., Gemma Salvador, Gregorio Varela-Moreiras,-. (2015). Métodos de Frecuencia de consumo alimentario. *REVISTA ESPAÑOLA DE NUTRICION COMUNITARIA*, 2, 42-52. <https://doi.org/10.14642/RENC.2015.21.sup1.5050>
12. *Censos 2011 | INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS*. (s. f.). Recuperado 10 de marzo de 2020, de <https://www.inec.cr/censos/censos-2011>
13. *Censo 2013 Censos 2013 | INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS*. (s. f.). Recuperado 10 de marzo de 2020, <https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos/poblacion/publicaciones/replancev2013-03.pdf>

14. Cerezo, L. (2005). Diagnóstico del estado nutricional y su impacto en el tratamiento del cáncer. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 23-28.
15. Cevallos, E. C., & Jaramillo, M. L. S. (s. f.). *Leisure, sedentary lifestyle and health in Ecuadorian teenagers*. 13.
16. Das, B. M., & Roy, S. K. (2010). Age changes in the anthropometric and body composition characteristics of the Bishnupriya Manipuris of Cachar district, Assam. *Advances in Bioscience and Biotechnology*, 01(02), 122-130.
<https://doi.org/10.4236/abb.2010.12017>
17. Duarte-Cuervo, C. Y., Ramos-Caballero, D. M., Latorre-Guapo, Á. C., & González-Robayo, P. N. (2015). Factores relacionados con las prácticas alimentarias de estudiantes de tres universidades de Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 17, 925-937.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v17n6.38368>
18. Durán Agüero, S., Bazaez Díaz, G., Figueroa Velásquez, K., Berlanga Zúñiga, M. R., Encina Vega, C., & Rodríguez Noel, M. P. (2012). Comparación en calidad de vida y estado nutricional entre alumnos de nutrición y dietética y de otras carreras universitarias de la Universidad Santo Tomás de Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 739-746. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.3.5746>
19. Dyrbye, L. N., Satele, D., & Shanafelt, T. D. (2017). Healthy Exercise Habits Are Associated With Lower Risk of Burnout and Higher Quality of Life Among U.S. Medical Students. *Academic Medicine*, 92(7), 1006–1011.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001540>
20. El Mundo CR. (2018, noviembre 12). Costa Rica es el segundo país con mayor obesidad de América Latina. *El Mundo CR*. <https://www.elmundo.cr/costa-rica/costa-rica-es-el-segundo-pais-con-mayor-obesidad-de-america-latina/>

21. Espinosa González, L. (2004). Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Estomatología*, 41(3), 0-0.
22. Ekmeiro Salvador, J., Moreno Rojas, R., García Lorenzo, M., & Cámara Martos, F. (2015). Patrón de consumo de alimentos a nivel familiar en zonas urbanas de Anzoátegui, Venezuela. *Nutrición Hospitalaria*, 32(4), 1758-1765.
<https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.4.9404>
23. Gamboa et al (2011). Guías alimentarias para Costa Rica. Ministerio de salud. Comisión intersectorial de guías alimentarias para Costa Rica. 2da edición. San José, Costa Rica
24. González-Baltazar, R., Hidalgo-Santacruz, G., Salazar, J. G., & Preciado-Serrano, M. L. (2010). ELABORACIÓN Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO PARA MEDIR CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO «CVT-GOHISALO». *Ciencia & Trabajo*, 12(36). https://works.bepress.com/jose_salazar/4/
25. González-Chávez, A., Amancio-Chassin, O., Islas-Andrade, S., Revilla-Monsalve, C., Hernández-Q, M., Lara-Esqueda, A., Naranjo, S., Rodríguez-Morán, M., & Guerrero-Romero, F. (2008). Factores de riesgo cardiovascular asociados a obesidad abdominal en adultos aparentemente sanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(3), 273-279.
26. Guevara-Villalobos, D., Céspedes-Vindas, C., Flores-Soto, N., Úbeda-Carrasquilla, L., Chinnock, A., Gómez, G., Guevara-Villalobos, D., Céspedes-Vindas, C., Flores-Soto, N., Úbeda-Carrasquilla, L., Chinnock, A., & Gómez, G. (2019). Food habits of urban Costa Rican population. *Acta Médica Costarricense*, 61(4), 152-159.
27. Grimaldo Muchotrigio, M. (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. Pensamiento

Psicológico, 8(15). Recuperado a partir de

<https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/141>

28. *Hábitos alimentarios* / FEN. (s. f.). Recuperado 18 de septiembre de 2019, de <http://www.fen.org.es/blog/habitos-alimentarios/>
29. *Hábitos alimentarios saludables* / Ministerio de Educación Pública. (s. f.). Recuperado 18 de septiembre de 2019, de <https://www.mep.go.cr/noticias/habitos-alimentarios-saludables>
30. Hernández, J. L. C., & Cuevas, R. Z. (2004). *Valoración del Estado Nutricional*. 4, 7.
31. Horsey, B., Swanepoel, L., Underhill, S., Aliakbari, J., & Burkhart, S. (2019). Dietary Diversity of an Adult Solomon Islands Population. *Nutrients*, 11(7).
<https://doi.org/10.3390/nu11071622>
32. Iglesias Rosado, C., Villarino Marín, A. L., Martínez, J. A., Cabrerizo, L., Gargallo, M., Lorenzo, H., Quiles, J., Planas, M., Polanco, I., Romero de Ávila, D., Russolillo, J., Farré, R., Moreno Villares, J. M., Riobó, P., & Salas-Salvadó, J. (2011). Importancia del agua en la hidratación de la población española: Documento FESNAD 2010. *Nutrición Hospitalaria*, 26(1), 27-36.
33. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. (2010). Evaluación del estado nutricional. 01 noviembre de 2017, de INCAP Sitio web:
http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&alias=209-evaluacion-del-estado-nutricional&category_slug=desarrollo-humanosostenible-y-estilos-devida-sal&Itemid=211
34. Instituto Nacional de Estadística y Censos CR837-e Encuesta Nacional de Cultura 2016: Principales Resultados [recurso electrónico] / Instituto Nacional de

- Estadística y Censos, Ministerio de Cultura y Juventud. – 1 ed. —. San José, C. R. : INEC. 2017. 133 p. : il.
35. J. Alonso y Cols, (2000). Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris. Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Barcelona, España.
36. Jezewska-Zychowicz, M., Gębski, J., Guzek, D., Świątkowska, M., Stangierska, D., Plichta, M., & Wasilewska, M. (2018). The Associations between Dietary Patterns and Sedentary Behaviors in Polish Adults (LifeStyle Study). *Nutrients*, *10*(8). <https://doi.org/10.3390/nu10081004>
37. José Luis Pino V., Claudio Díaz H., Miguel Ángel López E. (2011). Construcción y validación de un cuestionario para medir conductas y hábitos alimentarios en usuarios de la atención primaria de la salud. *Revista Chile Nutrición*, 41-51. Recuperado 2 de julio de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000500007
38. Lara, M., Sisa, I., & Yopez, M. C. (2019). Breakfast skipping, nutritional status, and physical activity in a middle-aged Latin American population: A population-based study from Ecuador. *Nutricion Hospitalaria*, *36*(5), 1123-1132. <https://doi.org/10.20960/nh.02393>
39. León, S. P., & Fernández, G. D.-P. (2012). *Punto de corte de la circunferencia de la cintura para el diagnóstico del Síndrome metabólico*. 8.
40. Liu, D., Ju, L. H., Yang, Z. Y., Zhang, Q., Gao, J. F., Gong, D. P., Guo, D. D., Luo, S. Q., & Zhao, W. H. (2019). Food Frequency Questionnaire for Chinese Children Aged 12-17 Years: Validity and Reliability. *Biomedical and Environmental Sciences*, *32*(7), 486-495. <https://doi.org/10.3967/bes2019.066>

41. Lua, P. L., & Wan Putri Elena, W. D. (2012). The Impact of Nutrition Education Interventions on the Dietary Habits of College Students in Developed Nations: A Brief Review. *The Malaysian Journal of Medical Sciences : MJMS*, 19(1), 4-14.
42. Mansilla A., M. E. (2014). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 3(2), 105. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v3i2.4999>
43. Manzara, D., Pérez – Acosta, A., Marta, E. y González, María Isabel. (2010). La transición a la edad adulta en Colombia: una lectura relacional. *Avances en Psicología Latinoamericana*. vol. 28, núm. 1 , pp. 99-112. Universidad del Rosario Bogotá, Colombia.
44. Meza, R. E., & Fallas, J. P. (2016). Tendencias del índice de masa corporal en Costa Rica de 1975 al 2014. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud (RHCS)*, 2(2), 153-160.
45. Morgan, S. J., & Elizondo, J. H. (2016). *Actividad física y otros hábitos de vida de estudiantes de medicina de la universidad de costa rica*. 15.
46. Navarro-Meza, M., Martínez Moreno, A. G., López-Espinoza, A., López-Uriarte, P., & Benavides Gómez, M. del R. (2014). Comparación en la ingesta de alimentos de adultos que residen en una zona rural y urbana de Jalisco, México. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 5(1), 11-19.
47. Oliveira, R. G. de, & Guedes, D. P. (2019). Determinants of lifestyle associated with metabolic syndrome in Brazilian adolescents. *Nutricion Hospitalaria*, 36(4), 826-833. <https://doi.org/10.20960/nh.02459>
48. Palma, J. del C. C. (2018). Estilo de vida y su relación con el estado nutricional de los trabajadores del Instituto Politécnico de la Salud, UNAN-Managua. *Revista Torreón Universitario*, 7(18), 49-57. <https://doi.org/10.5377/torreon.v7i18.7716>

49. Partearroyo, T. (2013). *El azúcar en los distintos ciclos de la vida: Desde la infancia hasta la vejez*. 8.
50. Perea Sánchez, J. M. (2015). ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO COMO MODULADORES DE LA SITUACIÓN. *NUTRICION HOSPITALARIA*, 1, 20-22.
<https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.sup1.9473>
51. Pinto, E. C. T., & Bueno, M. B. (2019). Avaliação nutricional e hábitos alimentares de motoristas de transporte público. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição - RASBRAN*, 10(1), 53-58.
52. Popkin, B. M., & Reardon, T. (2018). Obesity and the food system transformation in Latin America. *Obesity Reviews*, 19(8), 1028-1064.
<https://doi.org/10.1111/obr.12694>
53. Porras, Á. (2015). *Desigualdad y polarización del consumo de alimentos en Costa Rica*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Recuperado de:
http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20150623121124/angel_porras_solis_informe_final.pdf
54. *Población—Demografía*. (2019). Recuperado 10 de marzo de 2020, de
<https://www.coromuni.go.cr/poblacion-demografia.html>
55. Salas, O. (2010). Encuesta revela cambios en hábitos alimentarios de los ticos. San José. Universidad de Costa Rica. Recuperado de:
<https://www.ucr.ac.cr/noticias/2010/04/27/encuesta-revela-cambios-en-habitos-alimentarios-de-los-ticos.html>
56. Shamah, T., Cuevas, L., Mayorga, E. y Valenzuela. D. (2014). Consumo de alimentos en América Latina y el Caribe. *An Venez Un*, 27(1), 40 – 46. Recuperado de

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522014000100008

57. Thilakarathne, R., & Wijesinghe, D. (2011). Association between Nutritional Status and Life Style Practices of Primary School Children in the Colombo District: A Pilot Study. *Tropical Agricultural Research*, 22(4), 392.
<https://doi.org/10.4038/tar.v22i4.3790>
58. Tomba, E. (2012). Assessment of lifestyle in relation to health. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 32, 72-96. <https://doi.org/10.1159/000330007>
59. Urzúa M, A., Caqueo-Urizar, A., Albornoz B, N., & Jara S, C. (2013). Calidad de vida en la infancia: Estudio comparativo entre una zona rural y urbana en el norte de Chile. *Revista chilena de pediatría*, 84(3), 276-284. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062013000300005>
60. Vasiljevic, N., Ralevic, S., Marinkovic, J., Kocev, N., Maksimovic, M., Milosevic, G. S., & Tomic, J. (2008). The assessment of health-related quality of life in relation to the body mass index value in the urban population of Belgrade. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 106. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-106>
61. Vilagut, G., María Valderas, J., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., & Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: Componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726-735.
<https://doi.org/10.1157/13121076>
62. Wanden-Berghe, C., Martín-Rodero, H., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Sanz-Valero, J., & Galindo-Villardón, P. (2012). Cuestionario de calidad de vida relacionado con el estado nutricional (CaVEN). *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1876-1885.
<https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6025>

63. Wehrens, S. et al. (2017). Meal Timing Regulates the Human Circadian System. 14 de febrero de 2017, de Elsevier Ltd. Sitio web: DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.cub.2017.04.059>
64. Zapata, C. S., & Duque, M. O. G. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36-46.

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

C: Coronado.

CC: circunferencia de cintura.

CDC: Centers of Diseases Control and Prevention / Centro para el Control y Prevención de Enfermedades.

CV: calidad de vida.

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud.

ELANS: Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud.

ENT: Enfermedades No Transmisibles.

FAO: Food and Agriculture Organization of the United Nations / Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura.

FEN: Fundación Española de Nutrición.

FFQ: Food Frequency Questionnaire / Cuestionario de Frecuencia de Consumo.

HDI: Human Development Index / Índice Anual de Desarrollo Humano.

HOMA-IR: evaluación del modelo homeostático; método utilizado para cuantificar la resistencia a la insulina y la función de las células beta.

IMC: Índice de Masa Corporal.

INCAP/OPS: Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá / Organización Panamericana de la Salud.

IQOLA: International Quality of Live Assessment / Evaluación Internacional de Calidad de Vida.

L: Liberia.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PIB: Producto Interno Bruto.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

RCC: Relación Cintura/Cadera.

SSB: Sugar – Sweetened beverages / bebidas azucaradas

UCR: Universidad de Costa Rica.

ANEXOS

Anexo 1. Carta del lector

Cartago 11 de mayo, 2020

Departamento de registro

Carrera de Nutrición

Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante María Laura Araya Amador, cédula de identidad número 5-0414.0920, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE CONSUMO DE ALIMENTOS Y ESTADO NUTRICIONAL CON LA CALIDAD DE VIDA DE HOMBRES Y MUJERES ENTRE 18-40 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE LIBERIA, GUANACASTE Y VÁZQUES DE CORONADO, SAN JOSÉ, COSTA RICA, 2019”** el cual ha elaborado para optar por el grado de licenciatura en nutrición humana.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo tiene una nota 95 por lo que cuenta con mi aval para ser presentado en defensa pública. Atentamente



Patricia Salazar

Licda. Patricia Salazar Chinchilla, cédula 1-1239-0145
CPN: 442-10

Anexo 2. Carta del tutor

San José, 27 de marzo de 2020

Señores
Comisión de Revisión de Tesis
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante **María Laura Araya Amador**, cédula de identidad número 5 0414 0920, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE CONSUMO DE ALIMENTOS Y ESTADO NUTRICIONAL CON LA CALIDAD DE VIDA DE HOMBRES Y MUJERES ENTRE 18 – 40 AÑOS DE EDAD DEL DISTRITO DE LIBERIA, GUANACASTE Y VÁZQUEZ DE CORONADO, SAN JOSÉ, COSTA RICA 2019", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de licenciatura.

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 la postulante, se obtiene la siguiente calificación:

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

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

Atentamente,

Víctor Rodríguez Arias
Cédula identidad N: 1 470 539
Carné Colegio Nutricionistas N: 426-10.

Anexo 3. Declaración jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo María Laura Araya Amador, cédula de identidad número 5-0414-0920, en condición de egresado de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad Hispanoamericana, y advertida de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de licenciatura titulado “Relación de los hábitos de consumo de alimentos y estado nutricional con la calidad de vida de hombres y mujeres entre 18 – 40 años de edad del distrito de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, Costa Rica 2019” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos 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 Aranjuez, San José, el día 21 de noviembre del 2019.

Firma:


5 0 4 1 4 0 9 2 0

Anexo 4. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

ESCUELA DE NUTRICIÓN

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Teléfono:(506) 2241-9090

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tema: Comparación de los hábitos de consumo de alimentos y estado nutricional con la calidad de vida de hombres y mujeres entre 18 – 40 años de edad del distrito de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, Costa Rica 2019.

Nombre de la Investigadora Principal: María Laura Araya Amador

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se está realizando para obtener el grado académico de Licenciatura en Nutrición. El propósito de la investigación es comparar los hábitos de consumo de alimentos y estado nutricional con la calidad de vida de hombres y mujeres entre 18 – 40 años de edad del distrito de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José. Lo anterior permite evaluar si existen cambios en los hábitos de consumo de alimentos en diferentes áreas geográficas del país y si estos cambios afectan el estado nutricional y calidad de vida de la población.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

1. Antes de empezar a completar el cuestionario que se le entregará, debe firmar este consentimiento informado.
2. Completar la primera parte de preguntas sociodemográficas acerca de usted, las cuales son: sexo, edad, estado civil, residencia, ingresos mensuales y años de residir en el lugar.
3. Se le tomarán medidas antropométricas como: peso, talla y circunferencia abdominal. Se calculará su índice de masa corporal. Para la toma del peso se utilizará una balanza, para la toma de su talla y circunferencia abdominal se utilizará una cinta métrica flexible.
4. Completar la tercera parte del cuestionario, la cual consiste en una frecuencia de consumo de alimentos en donde usted debe indicar cuáles alimentos consume de una lista de alimentos e indicar con qué frecuencia al día, a la semana o al mes consume el alimento.

C. RIESGOS

El estudio no implica algún riesgo, tampoco va a perder su privacidad al participar en la investigación, ya que los datos son anónimos.

D. BENEFICIOS

Como resultado de su participación en este estudio, usted podrá conocer su estado nutricional por medio de mediciones antropométricas como es el índice de masa corporal y la circunferencia abdominal; por otro lado, será posible que los investigadores aprendan más acerca de la posible relación entre área geográfica y hábitos de consumo de alimentos y este conocimiento beneficiará a otras personas en el futuro.

- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con María Laura Araya Amador, quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana al teléfono 2241-9090, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.
- F.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.
- G.** Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.
- 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 firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

Fecha

Nombre, cédula y firma del participante

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

Anexo 5. Plan piloto

Los siguientes resultados se analizan estadísticamente con el paquete Microsoft Excel.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados encontrados según los objetivos planteados.

Perfil sociodemográfico de los adultos de 18 – 40 años de edad del cantón Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José.

La presente investigación se realiza con 10 adultos. En la Tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos recolectados, de los cuales, del cantón de Liberia el 50% de la muestra de adultos pertenecen al sexo femenino y el otro 50% al sexo masculino y la muestra del cantón de Vázquez de Coronado el 75% pertenecen al sexo femenino y el 25% al sexo masculino. Con respecto a las edades de las dos muestras se observa una edad predominante de 18-25 años, seguida de 26-35 años y para la edad de 36-40 años no hubo ningún participante.

Tabla 1. Número de personas según sexo y edad por cantón de residencia, 2019.

	Coronado	Liberia	Total general
Femenino	3	3	6
-18-25 años	3	2	5
-26-35 años		1	1
Masculino	1	3	4
-18-25 años		1	1
-26-35 años	1	2	3
Total general	4	6	10

Elaboración: propia

Según la Tabla 2, el 90% de la muestra de acuerdo al estado civil es soltero y solo el 10% en unión libre. De acuerdo al ingreso mensual una mujer y un hombre poseen un ingreso mayor

a 450 mil colones, la mayoría no tiene ingreso mensual, de los cuales pertenecen al sexo femenino con estado civil de soltero.

Tabla 2. Número de personas según ingreso mensual y estado civil por sexo, 2019.

Rangos de ingreso mensual	soltero		Total soltero	Unión libre	Total Unión libre	Total general
	femenino	Masculino		Masculino		
150 mil - 250 mil	1	2	3			3
351 mil - 450 mil		1	1			1
Más de 450 mil	1		1	1	1	2
menos de 150 mil	1		1			1
ninguno	3		3			3
Total general	6	3	9	1	1	10

Elaboración: propia

Según la Tabla 3, de acuerdo a la muestra, el 50% tiene 16 años o más de residencia, de los cuales cinco participantes pertenecen al cantón de Liberia y uno cantón de Vázquez de Coronado. De la muestra en general el 60% pertenece a Liberia y el 40% a Coronado.

Tabla 3. Número de personas según edad y años de residir por cantón, 2019.

Años de residir	Coronado		Total Coronado	Liberia		Total Liberia	Total general
	18-25 años	26-35 años		18-25 años	26-35 años		
5 - 10 años	2	1	3				3
11 -15 años				1	1	2	2
16 años o más	1		1	2	2	4	5
Total general	3	1	4	3	3	6	10

Elaboración: propia

Calidad de vida de ambos grupos de adultos

De acuerdo con el cuestionario SF-36, a mayor puntuación mejor calidad de vida. En la Tabla 4 se observan los resultados para ambas muestras. El 80% de la población presenta puntuaciones altas, mientras que el 20% restante una puntuación más baja.

Tabla 4. *Clasificación de calidad de vida en escala de 0-100 según el promedio obtenido de acuerdo a las 9 secciones en que se divide el cuestionario SF-36 de los adultos de 18-40 años de edad del cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2019.*

Número de personas	Promedio	Clasificación
2	49,00%	Menor
8	72,00%	Mayor

Elaboración: propia

Según el cuestionario SF-36, la puntuación bruta para cada dimensión va de 0 (peor CVRS) a 100 (mejor CVRS). De esta forma, la media de 50 con DE de 10, y valores superiores o inferiores a 50 se interpretan como mejores o peores. (Vilagut et al., 2008)

En la Tabla 5 se muestra la clasificación de la calidad de vida por cantón. Se puede observar que la población de Coronado en su totalidad presenta buena calidad de vida para ambos sexos a diferencia de Liberia, en donde tanto un masculino como una femenina presentan mala calidad de vida.

Tabla 5. *Clasificación de calidad de vida según el sexo de acuerdo a la residencia de los adultos de 18-40 años de edad del cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2019.*

Residencia	Participante (%)	Participante (N)	Calidad de vida
Coronado			
Masculino	25	1	Buena
Femenino	75	3	
Liberia			
Masculino	17	1	Mala
	33	2	Buena
Femenino	17	1	Mala
	33	2	Buena
Total general		10	

Elaboración: propia

Hábitos alimentarios de ambos grupos de adultos

Según los tiempos de comida realizados por los adultos, se muestra en la Tabla 6 los resultados obtenidos de los adultos del cantón de Vázquez de Coronado y en la Tabla 7 los resultados de los adultos del cantón de Liberia, se observa que tanto Liberianos como Coronadeños realizan siempre o casi siempre el desayuno, tanto entre semana como fines de semana, el almuerzo es el tiempo que en su mayoría se realiza, siendo este un 100% y 75%, 83% y 100% entre semana y fines de semana respectivamente para Coronado y Liberia. Para el tiempo de la cena, esta es realiza mayoritariamente los fines de semana siendo el 100% de los Coronadeños y liberianos con un 83%. Las meriendas nocturnas son muy poco realizadas tanto entre semana como fines de semana.

Tabla 6. *Tiempos de comida realizados según días entre semana y fines de semana de los adultos de 18-40 años del cantón de Vázquez de Coronado, San José, 2019.*

Tiempo de comida	Lunes a viernes			Sábado y domingo		
	S (%)	AV (%)	N (%)	S (%)	AV (%)	N (%)
Desayuno	75	25	0,0	75	25	0,0
Merienda mañana	0,0	75	25	25	50	25
Almuerzo	100	0,0	0,0	75	25	0,0
Merienda tarde	25	25	50	50	50	0,0
Cena	50	0,0	0,0	100	0,0	0,0
Merienda nocturna	25	50	25	25	75	0,0

S= siempre o casi siempre, AV = a veces, , N= nunca o casi nunca

Elaboración: propia

A continuación, se muestran los resultados para el cantón de Liberia.

Tabla 7. *Tiempos de comida realizados según días entre semana y fines de semana de los adultos de 18-40 años del cantón de Liberia, Guanacaste, 2019.*

Tiempo de comida	Lunes a viernes			Sábado y domingo		
	S (%)	AV (%)	N (%)	S (%)	AV (%)	N (%)
Desayuno	100	0,0	0,0	83	17	0,0
Merienda mañana	50	50	0,0	50	50	0,0
Almuerzo	83	0	17	100	0,0	0,0
Merienda tarde	50	33	17	50	33	17
Cena	83	17	0,0	84	16	0,0
Merienda nocturna	20	20	60	17	33	50

S= siempre o casi siempre, AV = a veces, N= nunca o casi nunca

Elaboración: propia

En la Figura 1 se muestra la cantidad de líquido al día consumido de acuerdo a la residencia.

Se observa que los liberianos consumen más agua en distintas cantidades mientras que en Coronado la mayoría consume de 2 a 4 vasos al día.

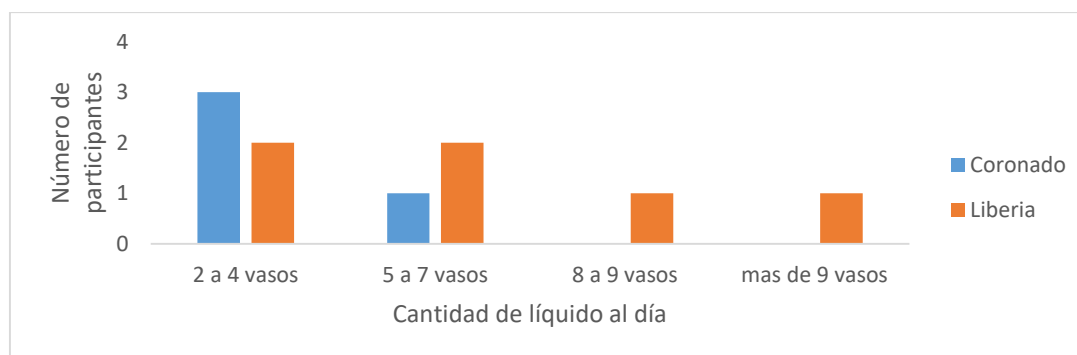


Figura 1. *Clasificación de la cantidad de líquido consumido al día de acuerdo a la residencia de los adultos de 18-40 años del cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2019.* Elaboración propia

Según la Figura 2 el 90% de los participantes consumen como endulzante el azúcar de mesa, donde el 40% pertenecen al cantón de Vázquez de Coronado y el 50% al cantón de Liberia.

Solamente una persona de Liberia indicó consumir otros.

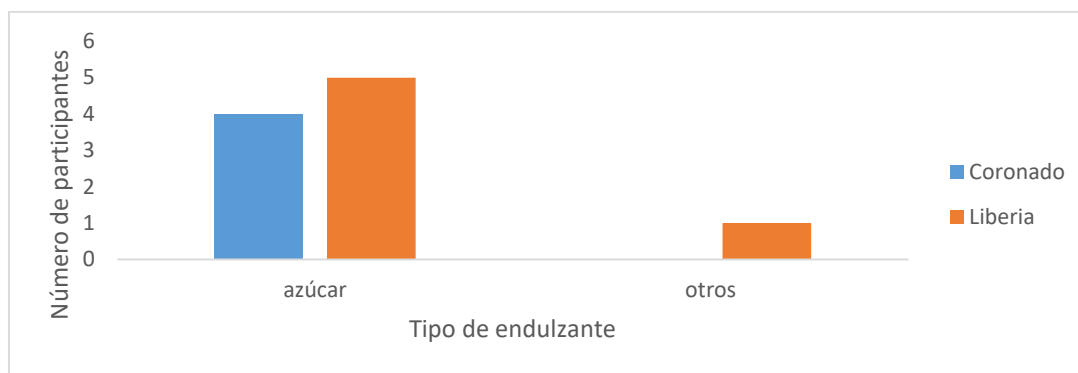


Figura 2. Clasificación del tipo de endulzante utilizado de acuerdo a la residencia de los adultos de 18-40 años del cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2019. Elaboración propia

En la Figura 3 se muestra que los Coronadeños en su mayoría agregan de 1 a 2 cdtas de azúcar a las bebidas y los liberianos también le agregan esa misma cantidad, sin embargo, el 20% de la muestra de ese mismo cantón no agrega azúcar.

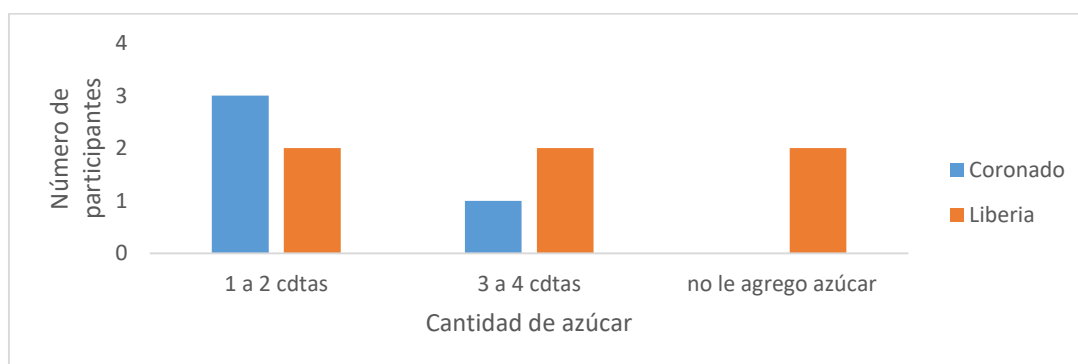


Figura 3. Clasificación de la cantidad de azúcar agregada a las bebidas de acuerdo a la residencia de los adultos de 18-40 años del cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2019. Elaboración propia

De acuerdo a la Figura 4 el 80% de la muestra utiliza aceite vegetal, de los cuales el 30% corresponde a Coronado y el 50% restante a Liberia. Solamente una persona liberiana utiliza aceite en spray y una Coronadeña manteca vegetal.

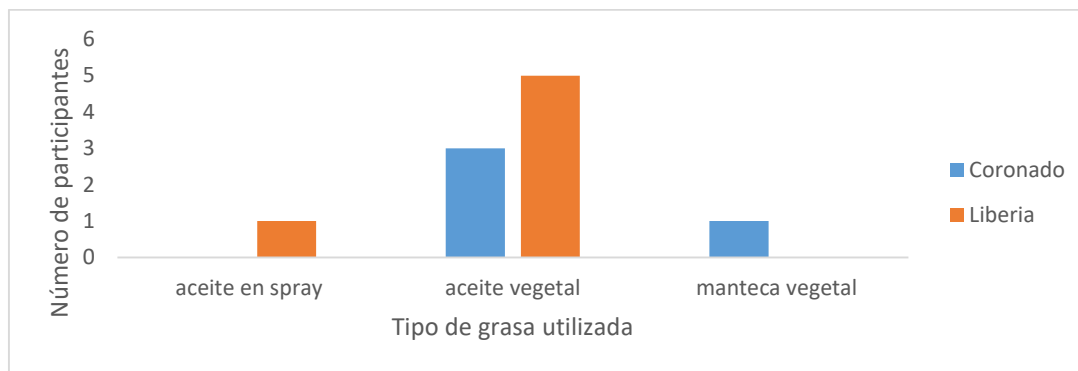


Figura 4. Clasificación del tipo de grasa utilizada en la cocción de alimentos de acuerdo a la residencia de los adultos de 18-40 años del cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2019. Elaboración propia.

En relación con métodos de cocción, al preguntar por la forma preferida para cocinar alimentos de consumo usual en hogares costarricenses, los encuestados mencionan como principal método la fritura para el pollo y el método de hervido para los vegetales.

En relación con la adición de sal a las comidas preparadas, los liberianos nunca o casi nunca agregan sal a las comidas a diferencia de Coronado que en su mayoría siempre o casi siempre adicionan sal.

De acuerdo a la Figura 5 la bebida que más es consumida para acompañar las comidas tanto en Liberia como en Coronado es el agua.

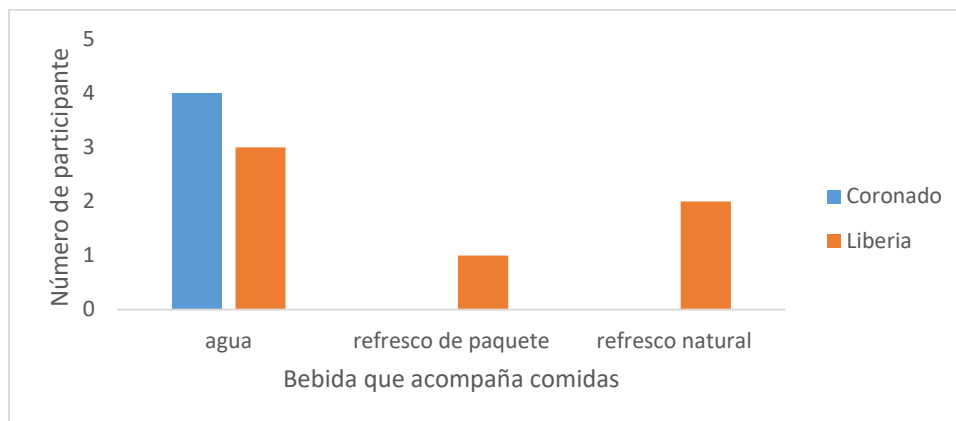


Figura 5. Clasificación de las bebidas utilizadas para acompañar las comidas de acuerdo a la residencia de los adultos de 18-40 años del cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2019. Elaboración propia

Según la Figura 6 se observa que, en la mayoría de la muestra, las comidas las realizan en compañía, únicamente tres personas lo realizan solo, siendo una de Coronado y dos de Liberia.

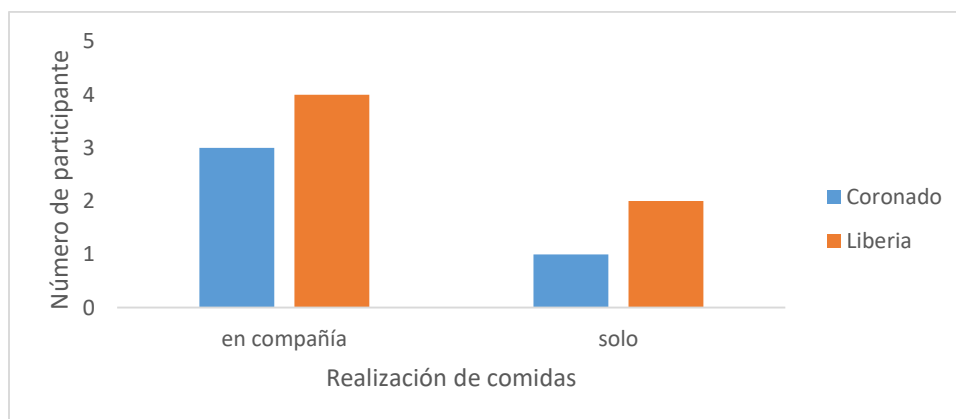


Figura 6. Clasificación de la realización de las comidas de acuerdo a la residencia de los adultos de 18-40 años del cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2019. Elaboración propia

En la Tabla 8 se muestra la frecuencia de consumo de alimentos fuentes de carbohidratos en ambos cantones. Las harinas son las consumidas por el 100% de la muestra, las verduras

harinosas son mayoritariamente consumidas por los coronadeños, mientras que los vegetales no harinosos por los liberianos.

Tabla 8. Fuentes de carbohidratos según frecuencia de consumo de los adultos de 10-40 años de edad del cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Corona, San José, 2019.

Fuentes de carbohidratos	Coronado				Liberia			
	T (%)	AV semana (%)	AV mes (%)	N (%)	T (%)	AV semana (%)	AV mes (%)	N (%)
Harinas	100	0,0	0,0	0,0	100	0,0	0,0	0,0
Verduras harinosas	50	25	25	0,0	0,0	33	67	0,0
Fruta	25	75	0,0	0,0	17	33	33	17
Vegetales no harinosos	25	75	0,0	0,0	50	33	16	0,0

T= todos o casi todos los días, AV semana= algunas veces a la semana, AV mes= algunas veces al mes, N= nunca o casi nunca

Elaboración: propia

En la Tabla 9 se muestra la frecuencia de consumo de alimentos de origen animal. Las carnes y huevos son consumidos más por los Coronadeños y los embutidos por los liberianos.

Tabla 9. Alimentos de origen animal según frecuencia de consumo de los adultos de 10-40 años de edad del cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2019.

Alimentos de origen animal	T (%)	Coronado			T (%)	Liberia		
		AV semana (%)	AV mes (%)	N (%)		AV semana (%)	AV mes (%)	N (%)
Carnes de res, pollo y cerdo	75	25	0,0	0,0	83	17	0,0	0,0
Pescado y mariscos frescos	0,0	75	25	0,0	0,0	67	33	0,0
Pescados y mariscos enlatados	50	50	0,0	0,0	17	67	17	0,0
Embutidos	25	50	25	0,0	83	17	0,0	0,0
Huevos	75	25	0,0	0,0	67	33	0,0	0,0
Lácteos (leche, yogurt y queso)	25	75	0,0	0,0	33	17	50	0,0

T= todos o casi todos los días, AV semana= algunas veces a la semana, AV mes= algunas veces al mes, N= nunca o casi nunca

Elaboración: propia

En la Tabla 10 se muestra la frecuencia de consumo de alimentos varios. En Coronado los snacks son consumidos por el 100% algunas veces al mes y en Liberia el 50% consume todos los días alimentos altos en grasa.

Tabla 10. Alimentos varios según frecuencia de consumo de los adultos de 10-40 años de edad del cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2019.

Otros productos	Coronado				Liberia			
	T (%)	AV semana (%)	AV mes (%)	N (%)	T (%)	AV semana (%)	AV mes (%)	N (%)
Altos en grasa (mantequilla, natilla)	25	75	0,0	0,0	50	33	17	0,0
Altos en azúcar (jaleas, mermeladas)	0,0	75	25	0,0	0,0	17	50	33
Comida rápida	0,0	50	50	0,0	0,0	50	33	17
Snacks o procesados	0,0	0,0	100	0,0	17	33	33	16
Bebidas azucaradas	0,0	50	50	0,0	33	17	16	33
Bebidas alcohólicas	25	25	50	0,0	0,0	17	17	66

T= todos o casi todos los días, AV semana= algunas veces a la semana, AV mes= algunas veces al mes, N= nunca o casi nunca

Elaboración propia

A continuación, en la Tabla 11, se muestra la clasificación de los hábitos alimentarios de la población estudiada. Esta clasificación permite identificar los hábitos de la población estudiada como saludables con una puntuación igual o superior al 80% del total de puntos posibles, medianamente saludables con una puntuación entre 60% y menos del 80% y no saludables inferiores al 60%. Una puntuación inferior a los 47 puntos se clasifica como hábitos no saludables, 47 – 61 puntos hábitos medianamente saludables y 62 – 78 puntos hábitos saludables.

Tabla 11. *Clasificación de los hábitos alimentarios según residencia de los adultos de 10-40 años de edad del cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Coronado, San José, 2019.*

Clasificación	Cantón	
	Coronado (%)	Liberia (%)
Alimentación saludable	50%	17%
Alimentación medianamente saludable	50%	83%
Alimentación no saludable	0%	0%

Elaboración propia.

Estado nutricional de ambos grupos de adultos

Tabla 12. *Clasificación del estado nutricional según IMC de acuerdo a la residencia de los adultos de 18-40 años del cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Corona, San José, 2019.*

Estado nutricional	Residencia		Total general
	Coronado	Liberia	
Normal	3	4	7
Sobrepeso		1	1
Obesidad tipo I	1		1
Obesidad tipo II		1	1
Total general	4	6	10

Elaboración: propia

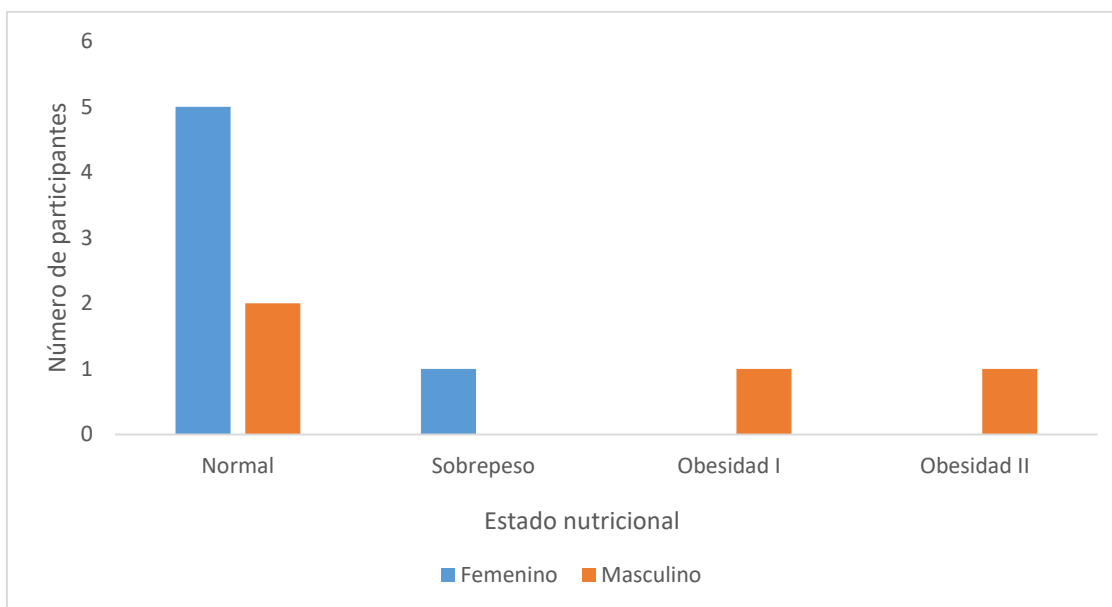


Figura 7. Clasificación del estado nutricional según IMC de acuerdo al sexo de los adultos de 18-40 años del cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Corona, San José, 2019. Elaboración propia

Según la circunferencia abdominal, se presentó un promedio de 73,7 centímetros para el sexo femenino de las cuales cinco están en bajo riesgo y una en riesgo aumentado, y 88,1 centímetros para el sexo masculino de los cuales tres presentan bajo riesgo y uno alto riesgo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1997 propuso puntos de corte (umbrales) para identificar personas en riesgo, estableciendo tres categorías, “bajo riesgo” ≤ 79 cm en mujeres y ≤ 93 cm en hombres; “riesgo incrementado” de 80 a 87 cm en mujeres y de 94 a 101 cm en hombres, y “alto riesgo” ≥ 88 cm en mujeres y ≥ 102 cm en hombres.(Aráuz-Hernández et al., 2013)

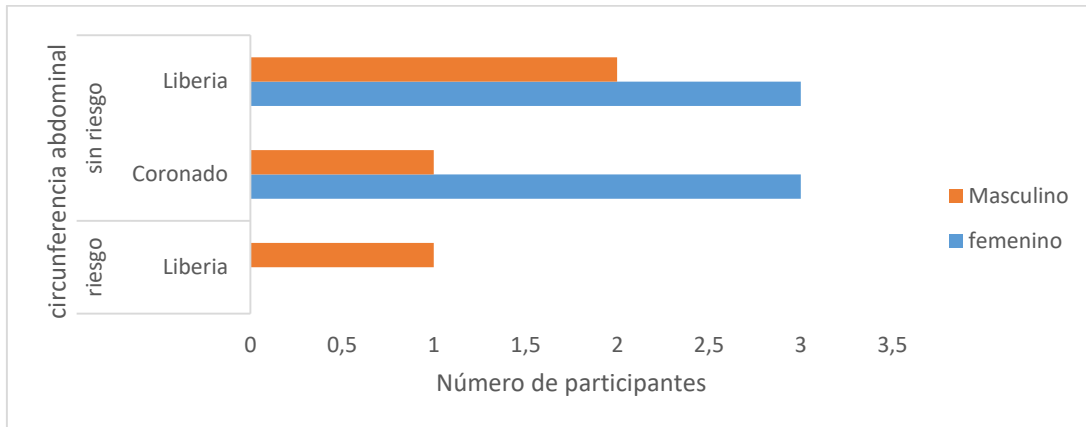


Figura 8. Clasificación de la circunferencia abdominal de acuerdo al riesgo por sexo y residencia de los adultos de 18-40 años del cantón de Liberia, Guanacaste y Vázquez de Corona, San José, 2019. Elaboración propia

Hábitos alimentarios y estado nutricional con la calidad de vida de ambos grupos de adultos

Para el análisis bivariado del presente estudio, para poder obtener los resultados deseados, se pretende realizar un cruce de variables entre:

- Hábitos alimentarios y calidad de vida: clasificación de los hábitos alimentarios (saludables, medianamente saludables y no saludables) y clasificación de calidad de vida (buena o mala).
- Estado nutricional y calidad de vida: índice de masa corporal a partir del peso y la talla y clasificación de calidad de vida (buena o mala).

Circunferencia abdominal y clasificación de calidad de vida (buena o mala).

- Hábitos alimentarios y estado nutricional: clasificación de los hábitos alimentarios (saludables, medianamente saludables y no saludables) e índice de masa corporal a partir del peso y la talla.

clasificación de los hábitos alimentarios y circunferencia abdominal

Cada uno de los cruces analizados a nivel global y por residencia, sexo y edad.

Anexo 6. Cuestionario para recolección de datos

Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE NUTRICIÓN
MARÍA LAURA ARAYA AMADOR

Encuesta # _____

Fecha: _____

Estimado participante, se le solicita completar la siguiente encuesta sobre datos generales, antropométricos, estilo de vida y hábitos alimentarios. Se le recuerda que todos los datos recolectados son anónimos y de carácter investigativo.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Marque con una (X) la respuesta correcta.

1. Edad: 18- 25 años _____ 26- 35 años _____ 36 – 40 años _____
2. Sexo: Femenino _____ Masculino _____
3. Estado civil:
Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Unión Libre _____ Separado _____
4. Ingreso mensual:
Menos de 150 mil _____ 150 mil – 250 mil _____ 251 mil – 350 mil _____
351 mil – 450 mil _____ más de 450 mil _____ Ninguno _____
5. Residencia: Liberia _____ Coronado _____
6. Años de residir en el lugar:
5 – 10 años _____ 11 – 15 años _____ 16 años o más _____

Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE NUTRICIÓN
MARÍA LAURA ARAYA AMADOR**EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA – Cuestionario SF-36**

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras, pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una (X) la casilla que mejor describa su respuesta.

7. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

8. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

9. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
c Coger o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
f Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
g Caminar <u>un kilómetro o más</u>	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
h Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
i Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³

Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE NUTRICIÓN
MARÍA LAURA ARAYA AMADOR

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

11. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE NUTRICIÓN
MARÍA LAURA ARAYA AMADOR

13. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Si, muy poco	Si, un poco	Si, moderado	Si, mucho	Si, muchísimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE NUTRICIÓN
MARÍA LAURA ARAYA AMADOR

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVALUACIÓN HÁBITOS ALIMENTARIOS

A continuación, se muestran 7 preguntas sobre hábitos alimentarios.

18. ¿Cuáles de los siguientes tiempos de comida realiza y con qué frecuencia? Marque con un (X)

Tiempo de comida	lunes a viernes			Sábado y domingo		
	Siempre o casi siempre	A veces	Nunca o casi nunca	Siempre o casi siempre	A veces	Nunca o casi nunca
Desayuno						
Merienda mañana						
Almuerzo						
Merienda tarde						
Cena						
Merienda nocturna						

19. ¿Cuántos vasos de líquido (fresco, agua, jugo) toma al día?

- () menos de 2 vasos
() 2 a 4 vasos
() 5 a 7 vasos
() 8 a 9 vasos
() más de 9 vasos

20. Tipo de endulzante usado en bebidas frías o calientes:

- () azúcar
() sustituto (Splenda, Natuvia, etc.)
() miel
() otros

21. ¿Cuánta azúcar les agrega a sus bebidas (café, té, frescos)?

- () 1 a 2 cucharaditas por vaso o taza
() 3 a 4 cucharaditas por vaso o taza
() 5 o más cucharaditas por vaso o taza
() no le agrega azúcar a las bebidas
() uso sustituto: Splenda, Natuvia, etc.

22. Tipos de grasas utilizada con mayor frecuencia en la preparación de alimentos. Marque solo una opción:

- () aceite vegetal (girasol, soya, oliva, et.)
() aceite en *spray*
() manteca vegetal
() manteca animal
() otros

23. ¿Cuál es la forma de preparación más utilizada de cada uno de los siguientes alimentos en su hogar? Marque solo una opción por alimentos.?

Alimento	Al horno	Frito	Asado	Hervido	A la plancha	microondas	Al vapor	No consume
Pollo								
Papa								
Chayote								
Yuca								

24. ¿Le agrega sal a la comida servida en la mesa?

- () siempre o casi siempre
() algunas veces
() nunca o casi nunca

25. ¿Con qué bebida suele acompañar las comidas?

- () Agua
() Gaseosas
() Refresco natural
() Refresco de paquete
() bebidas calientes (té, café)
() ninguna
() otros

26. ¿La mayoría de las comidas las realiza?

- () Solo
() En compañía

Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE NUTRICIÓN
MARÍA LAURA ARAYA AMADOR**FRECUENCIA DE CONSUMO**

A continuación, se le muestra una tabla con una lista de grupos de alimentos y frecuencias de cada cuanto consume el alimento. Marque con una (X) en el espacio que se acerque más a su consumo habitual.

Alimentos	“todos o casi todos los días”	“algunas veces a la semana”	“algunas veces al mes”	“Nunca o casi nunca”
27. Harinas (pan, arroz, pastas, tortillas, cereales de desayuno, avena etc.)				
28. Verduras harinosas (papa, plátano, camote, yuca, tiquizque, ñame, ñampi, etc.)				
29. Fruta (manzana, pera, piña, papaya, mango, fresa, naranja, mandarina, mamones, jocotes, etc.)				
30. Vegetales no harinosos (chayote, zanahoria, lechuga, tomate, repollo, etc.)				
31. Carnes [res, cerdo, pollo, (molida, bistec, muslos, alas, pechuga)]				
32. Pescado y mariscos frescos (filete de tilapia, corvina, salmón, camarones)				
33. Pescado y mariscos enlatados (atún, sardina, etc.)				
34. Embutidos (mortadela, salchichón, chorizo, salchicha, jamón)				
35. Huevos				
36. Lácteos (leche, yogurt y queso)				
37. Productos altos en grasa (mantequilla, natilla, queso crema, paté)				
38. Productos altos en azúcar (jaleas, mermeladas, dulces, chocolates, confites, etc.)				
39. Comida rápida (empanadas, tacos, papas fritas, hamburguesas, pollo frita, pizza)				
40. Snacks o productos procesados (papitas, plátanos, frituras de maíz)				
41. Bebidas azucaradas (gaseosas, jugos de cajita, bebidas de paquete)				
42. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, ron, whiskey, etc.)				

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 7. Clasificación hábitos alimentarios

Escala para clasificar hábitos alimentarios

Tiempos de alimentación L – V	
4 o más tiempos	3
3 tiempos	2
2 o menos tiempos	1
Tiempos de alimentación S y D	
4 o más tiempos	3
3 tiempos	2
2 o menos tiempos	1
Cantidad de líquido	
6 o más vasos	3
4 a 6 vasos	2
1 a 3 vasos	1
Tipo de endulzante	
Sustituto (Splenda, Natuvia, etc.)	3
Miel, azúcar	2
Otros	1
Adición de azúcar a líquidos	
1 o 2 cucharaditas, edulcorantes o no le agrega azúcar	3
3 o 4 cucharaditas	2
5 o más cucharaditas	1
Tipo de grasa utilizada para cocción	
Mayoritariamente aceite, manteca vegetal o aceite en spray	3
Combinados de aceite vegetal con otro tipo de grasa	2
Mayoritariamente manteca u otros saturados	1
Método de cocción preferido	
Hervido, asado, al horno, a la plancha	3
Hervido, asado, al horno, a la plancha combinado con frito en proporción similar	2
Preferentemente frito	1
Adición de sal a comidas preparadas	
Nunca o casi nunca	3
Algunas veces	2
Siempre o casi siempre	1
Bebida con que acompaña comidas	
Agua, refresco natural sin azúcar, bebidas calientes (café, té) sin azúcar o leche o ninguna	3
bebidas calientes (café, té) con azúcar o leche	2
Gaseosas, refresco de paquete	1
Compañía en las comidas	
En compañía	3
Solo	2

Consumo de harinas y verduras harinosas	
Todos o casi todos los días	3
Algunos días a la semana	2
Algunos días al mes o nunca o casi nunca	1
Consumo de frutas y vegetales	
Todos o casi todos los días	3
Algunos días a la semana	2
Algunos días al mes o nunca o casi nunca	1
Consumo de carnes, huevos, pescados frescos y enlatados	
Todos o casi todos los días	3
Algunos días a la semana	2
Algunos días al mes o nunca o casi nunca	1
Consumo de lácteos	
Todos o casi todos los días	3
Algunos días a la semana	2
Algunos días al mes o nunca o casi nunca	1
Consumo repostería, snacks, dulces, bebidas gaseosas y azucaradas, comidas rápidas, bebidas alcohólicas	
Todos o casi todos los días	1
Algunos días a la semana	2
Algunos días al mes o nunca o casi nunca	3
Consumo bebidas alcohólicas	
Todos o casi todos los días	1
Algunos días a la semana	2
Algunos días al mes o nunca o casi nunca	3
Consumo, comidas rápidas	
Todos o casi todos los días	1
Algunos días a la semana	2
Algunos días al mes o nunca o casi nunca	3
Grasas y azúcares (mantequilla, mayonesa, natilla, jaleas, mermeladas, etc.)	
Todos o casi todos los días	1
Algunos días a la semana	2
Algunos días al mes o nunca o casi nunca	3
Embutidos	
Todos o casi todos los días	1
Algunos días a la semana	2
Algunos días al mes o nunca o casi nunca	3

Anexo 6. Autorización de cesión de derechos para publicar en el repositorio institucional.

**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, 16/06/2020

Señores:
Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Laura Araujo con número de identificación 5414920 autor (a) del trabajo de graduación titulado hábitos alimentarios presentado y aprobado en el año 2020 como requisito para optar por el título de Licenciatura; (SI/NO) 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,


5414920
Firma y Documento de Identidad